



UNIVERSITÀ' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia

Applicata-FISPPA

Corso di Laurea Magistrale in

Management dei Servizi Educativi e Formazione Continua-

classe LM 50

sede di Rovigo

Presidente Prof.ssa Monica Fedeli

Tesi di Laurea:

**Il Marchio <<Qualità & Benessere>>: la percezione del personale
del Centro Servizi Anziani Pietro e Santa Scarmignan**

Relatrice Prof.ssa Cristina Zaggia

Laureanda:

Ilenia Crivellaro M° 1190700

*Ringrazio la Coordinatrice e il personale del CSA Pietro e Santa Scarmignan per aver partecipato alla compilazione del questionario.
Grazie a chi ha creduto in me e grazie a me stessa per il traguardo raggiunto.*

Indice

Introduzione 6

1 IL SISTEMA ASSISTENZIALE

1.1 Sviluppo delle forme di assistenza 8

1.2 La legge Crispi 17

1.3 Le IPAB 21

1.4 I servizi per anziani 25

2 LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI: INTRODUZIONE AL MARCHIO QUALITÀ' E BENESSERE

2.1 Cosa si intende per valutazione 32

2.1.1 I possibili approcci alla valutazione 35

2.2 La valutazione della qualità 36

2.3 Modelli di valutazione della qualità: Accredimento e Certificazione

2.3.1 Accredimento 41

2.3.2 Certificazione 44

2.4 Il Marchio Qualità e Benessere 49

2.4.1 La gestione del modello e presentazione del Q&B Dementia Friendly 51

2.4.2 I 12 valori del Marchio Q&B 55

2.4.3 La fase di audit- La valutazione reciproca 61

2.4.4 La gestione degli esiti della valutazione e dell'autovalutazione 63

2.4.5 Supporto dei piani di miglioramento 65

2.4.6 Assegnazione del punteggio agli indicatori 65

2.5 Sviluppo di un nuovo modello del Marchio Q&B: Q&B Dementia Friendly 67

3 LA RICERCA

3.1 Obiettivo della ricerca 71

3.2 Presentazione del Campione 71

3.2.1 Presentazione del Centro Servizi Pietro e Santa Scarmignan 72

3.4 Realizzazione dello strumento di ricerca 73

3.5 Tempi di svolgimento 76

4 RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Presentazione dei risultati della ricerca 77

4.2 Interpretazione e discussione dei risultati

4.2.1 Interpretazione 132

4.2.2 Discussione 140

5 CONCLUSIONI 143

BIBLIOGRAFIA 147

SITOGRAFIA 152

DOCUMENTI 152

ALLEGATO 1 153

ALLEGATO 2 166

ALLEGATO 3 179

INTRODUZIONE

Il Marchio Qualità & Benessere rappresenta un modello di valutazione nato nel 2005 con lo scopo di misurare la qualità e il benessere all'interno delle strutture per anziani. Esso non si ferma solo a una valutazione documentale ma impiega tecniche utili per conoscere il contesto in cui il Marchio è applicato ponendo la sua attenzione alle relazioni umane che si possono creare tra chi usufruisce del servizio e chi lo eroga. All'interno del Marchio Q&B, successivamente ad una approfondita ricerca utile per comprendere quali fossero gli elementi volti a promuovere il benessere dell'anziano, si sviluppano 12 valori: Rispetto, Affettività, Umanizzazione, Libertà, Gusto, Interiorità, Socialità, Comfort, Operosità, Autorealizzazione, Salute e rappresentano le fondamenta del modello stesso. L'interesse per il Marchio Q&B è nato entrando in contatto con il Centro Servizi Pietro e Santa Scarmignan in cui tale modello è applicato osservando le azioni che l'ente mette in campo per realizzare a pieno i 12 valori. L'attenzione è nata anche partecipando alle giornate di Audit previste dal modello le quali si svolgono annualmente in cui si prevedono vari strumenti di raccolta dati: Osservazione documentale, Osservazione Ambientale, Focus Group Residenti, Focus Group Personale, Osservazione Etnografica e Osservazione Ambientale e verifica documentale. Tali strumenti a conclusione della giornata di Audit formeranno il punteggio assegnato all'ente. Altro elemento che ha destato l'interesse per la realizzazione di tale elaborato è l'impegno di tutto il personale operante in struttura nel mettere in campo azioni volte alla promozione dei valori che compongono il Marchio Q&B. Per cui da ciò è scaturito il primo obiettivo della ricerca cioè comprendere la percezione che il personale del Centro Servizi ha del Marchio Q&B. Il secondo obiettivo della ricerca è nato successivamente all'emergenza Covid19 che il personale ha vissuto in prima persona, ciò ha condotto a formulare la seguente domanda: I valori del Marchio Q&B sono sopravvissuti durante il periodo di emergenza Covid19?.

Dopo tali premesse l'elaborato proposto affronterà i seguenti punti: il primo capitolo prevede un breve excursus per comprendere come dal Medioevo fino all'età moderna si sono sviluppati i servizi assistenziali e come è cambiato il

concetto di assistenza stessa. Si introdurrà la legge Crispi la quale rappresenta un primo controllo statale verso gli enti privati di assistenza i quali diverranno enti pubblici, infatti un paragrafo viene dedicato allo sviluppo delle IPAB, fino ad arrivare alla legge 328/2000 la quale permetterà il superamento della legge Crispi andando a creare un sistema integrato di servizi sociali. Inoltre, un paragrafo sarà dedicato allo sviluppo dei servizi per anziani per comprendere le loro caratteristiche.

Essendo il Marchio Q&B un modello di valutazione, il secondo capitolo sarà dedicato alla comprensione di cosa si intenda con valutazione descrivendo quali sono le sue caratteristiche principali e cosa si intenda per valutazione della qualità, elemento che ha iniziato a essere di interesse anche per il settore pubblico in quanto non avendo un mercato di riferimento non riceve adeguati feedback per comprendere cosa migliorare e dall'interesse che la società ha iniziato a nutrire verso tali servizi. Verranno introdotti i modelli di valutazione della qualità cioè l'accreditamento e la certificazione in quanto come il Marchio Q&B, anche se in modo diverso, promuovono la qualità all'interno degli enti. Nel paragrafo successivo verranno introdotti i 12 valori che lo compongono, la sua strutturazione e le istruzioni operative per l'assegnazione del punteggio.

Nei capitoli successivi verrà affrontata la ricerca, nel terzo capitolo verranno presentate le motivazioni che hanno condotto alla sua realizzazione, la presentazione del metodo utilizzato e il campione interessato cioè il personale del Centro Servizi Pietro e Santa Scarmignan. Nel quarto capitolo verranno presentati i risultati della ricerca e la loro discussione. Il quinto capitolo sarà dedicato alle conclusioni utili per tirare le fila della ricerca svolta e comprenderne le implicazioni.

1. IL SISTEMA ASSISTENZIALE

1.1 SVILUPPO DELLE FORME DI ASSISTENZA

Analizzare lo sviluppo delle forme di assistenzialismo permette di comprendere esaurientemente il legame tra povero, malato e società in una determinata epoca (Villa,2000). Le varie istituzioni assistenziali sono nate per dare risposta ai problemi della collettività, nei periodi in cui si venne a creare una immagine negativa del povero e del malato percepiti come soggetti pericolosi, ciò porterà ad attuare forme di controllo e di emarginazione di tali soggetti. Per ciò conoscere come sono cambiate le forme assistenziali permette di comprendere l'ambito di applicazione del Marchio Q&B in cui l'anziano bisognoso di cure non viene visto come qualcosa da allontanare dalla società ma come parte integrante di essa.

Nell'arco del Medioevo sarà principalmente la Chiesa a gestire le varie forme di assistenza ai bisognosi, essa sarà successivamente affiancata dai monarchi e dalle confraternite, le quali erano associazioni laiche, al cui interno potevano operare chierici, attive in un dato territorio, tendenzialmente stabili nel tempo, che agivano perseguendo fini religiosi. Esse si occupavano di elargire assistenza spirituale e materiale, la quale veniva elargita direttamente dai rappresentanti delle confraternite, i quali si occupavano della distribuzione dei sussidi, o consisteva in una collaborazione di chi ne faceva parte presso un hospitale attraverso l'assistenza ai malati o con la raccolta di fondi. Esse si occupavano principalmente di chi faceva parte della confraternita e in alcuni casi anche degli indigenti esterni.

Solo con la nascita degli Stati moderni si avrà un intervento importante dei governi all'interno dell'assistenza, con il quale, come si vedrà nei paragrafi successivi, si cercherà di togliere alla Chiesa il controllo sulle forme di cura da essa sviluppate lungo tutto l'arco del Medioevo. Le prime forme di soccorso promosse dalla Chiesa saranno visibili attraverso la creazione della prima città assistenziale, voluta da San Basilio, la quale si occupava delle seguenti forme di accudimento:

-*xenodochium*: per l'assistenza a foresti e stranieri, per poi essere sostituito dal termine *hospitale* in cui verrà racchiuso un esteso significato di assistenza;

-*nosocomium*: per l'assistenza ai malati;

-*ptocheon*: per l'assistenza ai poveri;

-*brefotrophium*: in cui si assistevano i bambini abbandonati;

-*gerontocomium*: per l'assistenza agli anziani. (Dal Passo,2015) (Villa,2000)

L'esempio di San Basilio verrà ripreso anche a Roma, in cui si svilupperanno le diaconie, il primo ente con finalità di cura a scopo sociale. Da qui si inizierà a sviluppare un forte legame tra povertà e Cristianesimo che si concretizzerà nelle confraternite di carità apostolica, cioè associazioni di cittadini che si occupano dell'assistenza ai bisognosi. In tale periodo importante sarà il lavoro svolto dai monasteri, i quali non si occuperanno solo dell'ospitalità dei pellegrini, ma anche dei bisogni di cura dei poveri e dei malati. Tali ordini religiosi verranno sostenuti dalla Chiesa, la quale permetterà la creazione di nuovi edifici e la pratica dell'elemosina. Quest'ultima, distribuita dai monasteri alle persone indigenti, fu uno strumento chiave in quel periodo, essenziale per ottenere la redenzione dai peccati.(Dal Passo,2015)

Le prime associazioni private si sviluppano dopo il 1200, periodo in cui iniziano ad evolversi le prime forme di volontariato. In tale periodo si assiste alla nascita delle prime confraternite, sviluppatasi in concomitanza con i primi comuni e le prime città. E anche, allo sviluppo delle Corporazioni a cui spettano compiti sindacali e professionali, e tra le varie finalità prevedono anche servizi assistenziali ed educativi.

Nell'Alto medioevo verrà effettuata una sostanziale distinzione tra poveri idonei al lavoro e poveri inabili, anche a causa della diffusa povertà che contraddistinse tale periodo. Nel 1300 coloro che si trovano in stato di indigenza erano suddivisi in due categorie: i poveri con Pietro, cioè ordini religiosi che consideravano

l'indigenza come un valore spirituale, e i poveri con Lazzaro, termine usato per identificare la povertà materiale dei laici (Dal Passo,2015). In tale periodo, come riportato da Dal Passo, si effettuerà un'ulteriore distinzione dei poveri in:

- poveri principali: categoria che racchiude pazzi, disabili e anziani;
- poveri segreti: in cui troviamo coloro che prima di cadere in uno stato di povertà vivevano una vita agiata ;
- poveri vergognosi: coloro i quali non riuscivano a garantirsi una continuità di un tenore di vita elevato.

Le forme di assistenza erano elargite soprattutto a quest'ultima categoria di indigenti, ai quali veniva impedito di mendicare per preservare le loro virtù morali. La situazione cambiò nell'arco il XIV secolo, periodo in cui tale stato di necessità venne associato con le classi ritenute socialmente pericolose: accattoni, zingari, pezzenti e soldati sbandati. Alla fine del Medioevo verrà effettuata un'ulteriore distinzione tra poveri locali e poveri itineranti, che portò alla creazione del domicilio, condizione necessaria per accedere all'assistenza. La presenza di un numero elevato di poveri all'interno delle città, che si estendeva in concomitanza di crisi economiche, conduceva all'esplosione di tensioni sociali, per ovviare a ciò vennero emanate leggi che permettevano l'espulsione dei poveri non cittadini in modo tale da poter controllare il fenomeno migratorio degli indigenti dalle campagne. Le istituzioni che si occupavano dei poveri itineranti e degli indigenti erano le parrocchie e le altre forme di assistenza della Chiesa, tra cui gli ordini religiosi. Tali istituzioni provvedevano al sostentamento dei bisognosi attraverso le elemosine dei fedeli e tramite il ricavato ottenuto da apposite imposte locali. Successivamente poiché le misure di espulsione dei poveri dalle città si dimostrarono fallimentari, si pensò di dare vita a strutture ospedaliere, chiamate *hospitau*, che raccogliessero al loro interno poveri e vagabondi i quali all'interno di tali strutture svolgono attività utili(Rosa e Verga,2002). Tali strutture addette ad occuparsi delle famiglie che si trovavano in difficoltà economiche erano un pilastro importante dell'assistenza del Cinquecento, portando lo Stato ad avere un maggiore controllo sulle politiche assistenziali dell'epoca a discapito della Chiesa e delle varie forme di assistenza

privata. Le misure adottate dai vari stati però riusciranno a contrastare solo in parte il problema della povertà e del vagabondaggio poiché tali dinamiche erano influenzate dall'economia.

Le forme di assistenza subiscono un ulteriore processo di evoluzione nel corso del XV secolo in quanto inizieranno ad essere percepite come un impegno sociale, ciò porterà alla partecipazione di Re, principi e signori. Un esempio di tale interesse è la realizzazione dell'Ospedale Ca' Granda di Milano, iniziato nel 1456, e con la riorganizzazione dell'assistenza voluta dall'arcivescovo di Milano Enrico Rampini con un decreto del 1448 (Dal Passo, 2015). L'ospedale Ca' Granda fu voluto dal duca Francesco Sforza, il quale incaricò Antonio Averulino della sua realizzazione, che prima di procedere con i lavori decise di visitare gli ospedali di Santa Maria Nuova e di Santa Maria della Scala, collocati a Firenze e a Siena, ritenute le strutture ospedaliere maggiormente significative in tale periodo. Tale esperienza permise all'Averulino di innovare il progetto del Ca' Granda, che portò a modificarne la struttura delle infermerie, iniziando a considerare l'importanza di uno spazio idoneo per la cura dei pazienti (Dal Passo, 2015). Per la prima volta tramite tali innovazioni si inizia a pensare a delle soluzioni igieniche, anche se queste non erano del tutto soddisfacenti. Anche l'aspetto organizzativo fu rilevante, in quanto il Ca' Granda smette di essere un luogo per indigenti e infermi, assumendo una forma del tutto nuova, grazie alle disposizioni messe in campo dall'arcivescovo Enrico Rampini, le quali, come riporta Dal Passo, sviluppano tre aspetti:

- aspetto giuridico amministrativo: in cui viene a modificarsi tutto ciò che riguarda la gestione degli ospedali;
- aspetto etico-economico: l'assistenza viene trasformata da religiosa a laica e inizia ad essere vista come pratica produttiva;
- aspetto sanitario e sociale: poiché si viene a creare una nuova forma di erogazione dell'assistenza.

Con la riforma ospedaliera del Ca' Grande si ridefinisce il ruolo dell'ospedale, il quale sarà sempre più legato al mondo accademico e ciò darà l'avvio allo

sviluppo della medicina moderna.

Le forme di assistenza subiranno un'ulteriore evoluzione nell'arco dell'800, periodo in cui l'Italia venne governata dagli Asburgo, i quali realizzeranno interventi caritatevoli raggruppando i vari enti religiosi e confiscando i loro beni per rendere agevole il loro controllo. Inoltre, vennero create strutture ospedaliere e assistenziali il cui compito era quello di erogare forme di assistenza statale, le forme di carità cristiana venivano invece espletate dalle sole parrocchie. Queste dinamiche crearono una forte tensione tra la Chiesa e gli Asburgo, che comportò la diminuzione di lasciti e donazioni verso le Opere pie. La Chiesa e il mondo cattolico volevano avere una parte attiva nella gestione dell'assistenza, ma non volevano essere espropriati dei loro beni, per cui si cercò un compromesso tra l'autonomia delle istituzioni e la tutela governativa. Con l'avvento dell'Unità d'Italia verrà promulgata la prima legge in campo assistenziale che interesserà il territorio nazionale, cioè la legge Rattazzi del 1862 sull'amministrazione delle Opere pie (Dal Passo,2015). Tale norma prevedeva che l'assistenza, sotto il controllo dello Stato, fosse affidata agli enti privati e volontari. Inoltre portò all'istituzione all'interno dei comuni della Congregazione di Carità, il cui compito era amministrare i beni destinati ai poveri, che si trasformò durante il periodo fascista in ECA (Ente comunale di Assistenza). L'ECA acquisì il patrimonio delle Congregazioni di Carità e adottò un proprio statuto, assistendo chi era in situazioni di necessità e coordinando le varie forme assistenziali presenti nei comuni. Tali enti, inoltre applicavano un'addizionale sui tributi comunali, statali e provinciali poiché tutti dovevano contribuire all'assistenza dei poveri.

Le trasformazioni nell'ambito assistenziale durante il periodo fascista porteranno a sviluppare un tipo di assistenza paternalistica, la quale non promuove l'uguaglianza ma punta a creare controllo sociale. Le politiche sviluppate in tale periodo puntavano a tutelare gli interessi dello Stato, i quali erano al di sopra del singolo individuo. In campo assistenziale il primo provvedimento introdotto fu la soppressione del monopolio sulle assicurazioni sulla vita, introdotto dal precedente governo Giolitti, favorendo un sistema misto comprendente pubblico e privato. In tale periodo inoltre si assiste all'incentivazione di sistemi assistenziali rivolti a determinati soggetti, uno di questi riguarda l'infanzia, l'Opera nazionale

per la protezione della maternità e dell'infanzia, fondata nel 1925, prevedeva il sostegno delle madri durante il periodo della maternità e promuove l'assistenza verso i figli sia nell'età scolare che prescolare, il fine dell'ente non era solo quello presentato, ma puntava ad un risanamento fisico e morale della popolazione (Paniga,2012). Il settore dell'assistenza subì molte trasformazioni durante il ventennio, un esempio si ritrova con la legge 4 marzo 1928, n. 850(Paniga,2012)la quale portò ad una riorganizzazione delle Congregazioni di carità, ponendole sotto il controllo dello Stato. Anche il concordato tra Stato e Chiesa del 1929 ebbe delle ripercussioni sull'assistenza, portò infatti lo Stato ad interessarsi delle politiche assistenziali utili per il consenso, invece la Chiesa continuò a interessarsi alla popolazione in stato di necessità. Successivamente il concordato portò alla nascita dell'Ente delle opere assistenziali (Eoa), che permise al partito di aumentare la sua influenza, ciò fece entrare in collisione il Partito Fascista con il Ministero dell'interno, il quale si occupava emanare direttive in campo assistenziale, conflitto che si rese eclatante con l'istituzione degli Enti comunali di assistenza (ECA), i quali raccolsero al loro interno le funzioni delle Congregazioni di carità e assunsero funzioni di coordinamento delle attività assistenziali presenti nei comuni(Paniga,2012). L'istituzione di tali enti permise un forte controllo sociale e fece convergere in un unico ente la gestione dell'assistenza e della beneficenza. Per quanto concerne l'amministrazione dell'ECA, essa era affidata ad un Comitato formato da esponenti del partito fascista. Tale ente però ebbe molte difficoltà nell'erogazione dei servizi assistenziali, poiché possedeva mezzi economici inferiori rispetto all'Eoa e alle Congregazioni di carità, per cui si dubitava della sua capacità di farsi carico dei compiti per cui era nato e di non riuscire a rispondere al mare di richieste di assistenza pervenute. Per ovviare a tale problema l'ECA decise di nominare delle Commissioni, il cui compito era la gestione delle domande pervenute all'ente ed erogazione dell'assistenza. La raccolta delle richieste in aiuto della popolazione, venne invece effettuata dagli Uffici di zona i quali ricevevano domande per l'assistenza sanitaria gratuita, in entrambi i casi, gli Uffici recapitavano le domande ricevute alle varie dislocazioni dei Fasci femminili, per accertamenti su chi faceva richiesta dei servizi. Ciò rese complicato per chi presentava le richieste

accedere ai servizi assistenziali, per cui si decise di differenziare i vari servizi erogati dall'ECA in base alla dislocazione territoriale e non in base alle domande pervenute. Le difficoltà della popolazione si aggravarono ulteriormente durante il secondo conflitto mondiale, e anche l'attività assistenziale dell'ECA ne risentì, poiché si assistette ad un aumento dei prezzi dei generi alimentari, che comportò ad una diminuzione della distribuzione dei viveri (Paniga,2012).

Nel secondo dopoguerra e con l'avvento della Carta Costituzionale, venne sancito il diritto alla dignità della persona e alla sua realizzazione come individuo. Dal 1945 al 1950 il sistema mutualistico previdenziale divenne il sistema portante della previdenza sociale, mentre l'assistenza pubblica rimase prevalentemente rivolta verso chi viveva in situazioni di povertà e di emergenza. Lo Stato per riuscire ad erogare le forme di assistenza inizia ad appoggiarsi agli enti già esistenti, con lo scopo di integrarne le carenze, tali enti erano manicomi, case rieducative e ospedali. Nel 1947 si darà vita alla riforma della previdenza sociale, la quale acquisirà un carattere universale e inizierà ad essere rivolta a tutti i cittadini, ma per l'attuazione vera e propria della riforma si dovrà aspettare la fine degli anni 60. Dopo il secondo conflitto mondiale, nel paese viene istituito un primo sistema sanitario tramite la formazione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, avvenuta il 31 luglio 1945, il quale sarà sostituito nel 1958, anno in cui sarà istituito il Ministero della Salute, il quale diverrà l'organo principale preposto alla tutela della salute pubblica.

Negli anni 70 si assiste ad un'ulteriore svolta, data dalla riaggregazione delle competenze assistenziali nell'ambito degli enti territoriali, dalla chiusura dei vari enti nati nel fascismo e ad un decentramento politico che porterà al trasferimento delle funzioni mutualistiche dello Stato alle Regioni. Anche se sarà il DPR n. 616 del 1997 a portare importanti novità a livello assistenziale e ad una nuova definizione di beneficenza pubblica. All'interno di tale termine si considerano tutte quelle attività che all'interno del quadro della sicurezza sociale erogano servizi di assistenza, beneficenza e prestazioni a tutti i destinatari individuati. I Comuni tramite tale DPR diventano titolari della politica dei servizi entro i limiti previsti dallo Stato, inoltre viene superata la frammentazione del sistema

assistenziale formato da molti enti sia a livello locale che nazionale, ciò portò alla soppressione degli istituti con funzioni simili tra cui Enti comunali di assistenza e le IPAB. La gestione dei servizi a livello comunale permise di creare una unione diretta con il territorio, di organizzare in modo funzionale le politiche sociali e di sviluppare un meccanismo di rinnovo e controllo da parte della cittadinanza sugli organi di governo. L'unico limite è dato dal fatto che la gestione dei servizi risultava problematica nei piccoli comuni, per ovviare a tale problema venne varata la legge 616/77 art. 25 in cui si prevede che le Regioni promuovano l'associazione tra Comuni per gestire al meglio i servizi sociali e sanitari. Sarà con la riforma sanitaria del 1978 che si assisterà alla creazione del Sistema Sanitario Nazionale e alla realizzazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) chiamate a gestire in modo unitario le tematiche relative alla salute, con la titolarità delle competenze in materia di sanità in mano ai Comuni. Tale riforma prevede una ripartizione dei compiti tra Stato, Regioni e USL, alle quali può essere attribuito per scelta regionale l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali dei Comuni. (Dal Passo, 2015)

La compressione delle varie forme di assistenza non può essere separata dal Welfare, termine che può essere tradotto come Stato del benessere o Stato assistenziale, in cui si mette al centro il benessere dei cittadini promuovendo politiche contro la povertà e la malattia e consentendo l'accesso alle cure a tutti i cittadini indipendentemente dai contributi versati. Per cui si afferma una politica sociale che punta alla solidarietà creando interventi a sostegno delle famiglie indigenti. Negli anni '90 si assisterà ad una trasformazione del sistema di Welfare in cui si vedranno introdotti a livello legislativo due importanti concetti. Il primo è il riconoscimento del principio di sussidiarietà, il quale da una parte riconosce i comuni come titolari delle varie funzioni amministrative dei servizi sociali situati nel territorio e riconosce come fruttuosa la collaborazione tra entità pubblica e privata, soprattutto del Terzo Settore, nell'erogazione di servizi assistenziali. Un altro punto importante da considerare all'interno dello sviluppo del sistema di Welfare è il riconoscimento delle Regioni in materia di assistenza. Tale materia fu affidata ad esse attorno agli anni '70, periodo corrispondente alla nascita delle Regioni a statuto ordinario e al passaggio a tali enti delle funzioni

assistenziali, ma non fu regolamentata a livello regionale per renderla univoca, perciò ogni Regione regolò l'assistenza in modo autonomo. Unica indicazione che si trova a livello nazionale in tale periodo, riferisce che i Comuni si devono occupare dell'erogazione dei servizi assistenziali nel territorio di competenza. Il ruolo dei Comuni all'interno di tali servizi sarà regolato dalla legislazione regionale, la quale prevede che tali enti collaborino con le unità sanitarie locali. Perciò negli anni 90 nel paese, il sistema assistenziale si basa su prestazioni erogate dalle unità sanitarie locali, previa delega del comune. Come si è già detto, a livello nazionale non esisteva una legge univoca che ordinasse l'assistenza sociale, per cui molte regioni si trovavano svantaggiate nella gestione dei servizi, solo nel 1997 (Dal Passo, 2015) si assiste al decentramento amministrativo, il quale porterà le regioni e gli enti locali ad essere responsabili della gestione servizi socio-assistenziali. Ciò porterà il comune ad essere considerato una parte importante nel decidere le modalità di erogazione dei servizi, poiché viene riconosciuto il suo contatto diretto nel territorio in cui opera. Sulla stessa linea si muoverà anche la legge 328/2000, la quale riconoscerà la competenza amministrativa dei Comuni e le funzioni di programmazione e progettazione di interventi a livello locale, collaborando a stretto contatto con il pubblico e il no profit. Tale legge riconoscerà il ruolo delle Regioni nella programmazione e nel coordinamento delle politiche sociali, che si traduce nella stesura del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, il quale riporta gli obiettivi da raggiungere, inoltre esse regolano i requisiti per ottenere l'accreditamento e l'autorizzazione richieste dalle strutture residenziali e semi residenziali. In più, grazie alle modifiche apportate dall'articolo V della Costituzione, esse non devono più osservare le leggi stabilite dallo Stato, ma possono legiferare in autonomia in materia sanitaria nel rispetto della Costituzione.

Le politiche in materia di assistenza si sono modificate nel corso della storia, adattandosi anche ai cambiamenti interni alla popolazione. In tempi moderni si sviluppano politiche il cui obiettivo è combattere le discriminazioni che si presentano con il continuo trasformarsi della società. Con l'avvento dell'età moderna inoltre si assiste ad una forte crisi del Welfare, sia dovuta

all'aumentare della spesa sociale ma anche per l'avvento della globalizzazione, la quale porta ad una discrepanza tra gestione dell'economia e politica sociale(Dal Passo,2015).

1.2 LA LEGGE CRISPI

A livello nazionale, la legge Crispi approvata il 17 luglio del 1890 rappresenta una concezione moderna di sanità e sorveglianza igienica. Prima dell'approvazione di tale norma, l'organizzare a livello nazionale in ambito sanitario era di competenza dell'Unità amministrativa centrale, affidata ad una divisione delle opere pie presso il Ministero degli interni. Il governo Crispi tramite tale legge istituì un primo Ufficio di pulizia sanitaria, il quale venne affidato a Luigi Pagliani, che successivamente verrà trasformato in Direzione di sanità pubblica, alle cui dipendenze viene creato un apposito ufficio per il controllo dei comuni malsani. Il primo compito affidato alla direzione Pagliani fu la preparazione del progetto di legge riguardante la riforma sanitaria, la quale fu approvata il 22 dicembre del 1888 la quale prevedeva la presenza di personale tecnico presso gli enti locali, ma non dava disposizioni chiare in materia di sanità pubblica e indicava il Ministero dell'interno come l'organo preposto al controllo dell'igiene e della sanità(Di Simone,2002). Inoltre, per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, era ancora materia delle opere pie, le quali possedevano un proprio patrimonio e una propria amministrazione. Un passo in avanti si fece con l'istituzione del medico provinciale, il quale possedeva autonomia di decisione, ad esso spettava il compito di controllare il territorio dal punto di vista igienico e sanitario, nonché presentare una relazione di quanto aveva raccolto al governo, la quale denunciava la correlazione tra la scarsa igiene presente nelle città e il diffondersi di epidemie. Il tema dell'igiene pubblica divenne rilevante soprattutto con l'affermarsi della Scuola di perfezionamento dell'igiene pubblica, creata da Pagliati nel 1887(Di Simone, 2002), il cui scopo era formare ufficiali sanitari e medici di provincia sulle tematiche della sanità pubblica.

La legge Crispi non trattò solamente ciò che riguardava le materie sanitarie, ma portò ad una trasformazione della natura giuridica di tutti gli enti presenti nel territorio che si occupavano dell'assistenza. Il nuovo ordinamento prevedeva che

gli enti privati e quelli di natura ecclesiastica, principalmente le opere pie, le quali si basavano su un tipo di assistenza religiosa costituita tramite l'uso di lasciti, si trasformassero in istituzioni pubbliche, ciò permise allo Stato di controllarne il funzionamento e di ampliare a livello nazionale gli interventi sanitari. Tali enti inoltre erano chiamati a predisporre un archivio in cui riportare gli atti generali, il registro di protocollo della corrispondenza, il registro delle deliberazioni e i bilanci preventivi. L'obiettivo che il governo Crispi voleva raggiungere era la statalizzazione, così da indebolire l'influenza dei vari ordini ecclesiastici in materia di assistenza. Ciò permette di comprendere il conflitto tra queste due istituzioni, in quanto lo Stato rivendicava la sua egemonia verso tutti gli istituti presenti nell'ordinamento, sia ecclesiastici che di beneficenza. Lo Stato iniziò così ad interessarsi alle tematiche assistenziali, promuovendo sia interventi sanitari e sociali, su cui poi si verrà a basare il moderno Stato sociale, ad esempio attribuì ai Comuni gli oneri della degenza ospedaliera verso le persone in difficoltà economica (Degani, 2009). Inoltre, la legge Crispi istituiva le "Le Istituzioni Pubbliche di Beneficenza" le quali successivamente si trasformarono durante il 1923 in IPAB (Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza)(Di Virgilio e Irven, 2008). Il governo Crispi tramite tale provvedimento portò a un rafforzamento della società laica e a un interessamento da parte dello Stato verso tutte quelle tematiche che prima erano di competenza della Chiesa. Infatti come riportato nell'articolo 1, lo Stato inizia a interessarsi a tutte quelle attività i cui fini sono di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia; di procurare l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, o in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico. (Degani, Mozzanica 2009)

La legge Crispi prevede l'unificazione degli Istituti di Beneficenza nella misura in cui non si allontanino molto dal fine che mosse i fondatori e che continuino ad essere di interesse nelle province e nei comuni in cui sono sorti. In più, le istituzioni di beneficenza iniziano a concentrarsi nelle Congregazioni di Carità istituite nel 1962 con lo scopo di amministrare i beni destinati ai poveri. Oltre a regolare l'organizzazione di tali istituzioni la legge Crispi prevede anche la gestione del personale, infatti, sia per le Congregazioni di carità che per le

Istituzioni pubbliche di beneficenza era previsto l'impiego di personale stipendiato, il quale doveva essere regolato da un'apposita pianta organica e tramite un apposito regolamento dovevano essere fissati i loro diritti e le loro competenze.

Il governo Crispi con la promulgazione di tale norma cercava di ridimensionare l'iniziativa privata, su cui in passato la Chiesa si appoggiava per rispondere alle esigenze della popolazione e di promuovere la beneficenza statale. La volontà dello Stato di essere protagonista delle esigenze della popolazione indigente si mostra con l'istituzione del domicilio di soccorso, che portò il Comune a farsi carico delle spese che la persona indigente era incapace di sostenere. Tramite tale mezzo lo Stato andava a colmare le problematiche legate allo statuto delle opere pie, poiché accadeva che alcuni cittadini che si rivolgevano a questi enti per via della loro malattia o della loro condizione sociale non rientrassero nelle condizioni previste dai loro statuti e perciò tali enti non potevano dare loro assistenza o ricovero. Durante il periodo fascista la legge Crispi subì delle modifiche tramite il decreto n. 2.841 del dicembre 1923 (Paniga, 2012) il quale riportava in auge le opere pie e la loro autonomia amministrativa contrastata dalle leggi Crispi. Il decreto poneva sotto un rigido controllo gli enti locali e riconosceva le Istituzioni di assistenza e beneficenza pubblica, le quali saranno poi denominate Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), e le Congregazioni di carità come un mezzo per affermare il potere dello Stato fascista. Tali trasformazioni e anche tramite la richiesta del mondo cattolico si assiste ad una divisione tra assistenza e beneficenza, della prima se ne fece carico lo Stato fascista la seconda venne gestita dalla Chiesa tramite l'uso di opere caritative.

La legge Crispi sarà sostituita negli anni 2000 dalla prima legge quadro in materia di servizi sociali (328/2000), la quale porterà alla creazione del sistema integrato di servizi sociali. L'obiettivo della legge 328/2000 è quello di promuovere politiche che permettano di favorire una migliore qualità della vita, pari opportunità, ridurre le discriminazioni e prevenire le situazioni di disagio promuovendo azioni che si estendono a tutto il territorio nazionale diventando

così un punto fondamentale del welfare italiano. Inoltre il suo obiettivo è promuovere interventi a cui possano accedere tutti i cittadini in stato di bisogno, il quale determina l'accesso ad un determinato intervento. La legge 328/2000 ha come fondamento un sistema universale selettivo, a cui per l'appunto tutti i cittadini in stato di necessità possono accedere. La norma, inoltre, permette di mettere ordine ai servizi sociali e promuove la loro organizzazione a livello Regionale, Comunale e Statale, si tratta di un tipo di sussidiarietà verticale in cui gli interventi sono affidati in primo luogo ai Comuni, i quali sono riconosciuti come gli enti più vicini al territorio. Tale sussidiarietà verticale permette di creare un tipo di welfare che si basa su una condivisione delle responsabilità tra Comuni, Province, Regioni e Stato. Ai Comuni viene affidata la gestione e la programmazione degli interventi, alle Province spetta il compito di supportare le azioni messe in campo dai Comuni con l'uso dei piani di zona. Alle Regioni spetta il compito di creare piani di programmazione, i quali devono riguardare gli interventi e i servizi sociali su base regionale, definire le politiche integrate per quanto concerne sanità, servizi sociali, scuola, formazione professionale, comunicazione e trasporti. E' compito delle Regioni redigere sistemi di accreditamento, autorizzazione e controllo degli istituti pubblici, inoltre si devono occupare della suddivisione dei fondi del Fondo nazionale per le politiche sociali e fissare i requisiti di qualità ai quali un servizio deve attenersi. Per quanto riguarda le funzioni dello Stato ad esso spetta il compito di delineare gli obiettivi delle politiche sociali attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Ciò che si vuole creare è un sistema integrato che si basi su un Piano Nazionale che promuova delle linee guida, i principi e gli obiettivi del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, usato per finanziare suddette politiche. Tale legge, inoltre, riconosce il settore no profit come parte attiva nella programmazione dei servizi, e rende obbligatoria l'adozione della carta dei servizi la quale diventerà uno dei requisiti per ottenere l'accreditamento. Gli interventi che la legge 328/2000 promuove sono:

-progetti di integrazione e formazione della persona disabile;

-realizzazione di servizi che promuovano l'autonomia dell'anziano non

autosufficiente;

-servizi a sostegno delle famiglie e promozione del loro ruolo e della cooperazione;

-concessione da parte del Comune e degli enti accreditati di buoni di servizio alle famiglie in difficoltà;

-misure di contrasto alla povertà e di sostegno;

-misure economiche che possano permettere il realizzarsi dell'autonomia e la permanenza nella propria abitazione per le persone impossibilitate a spostarsi;

-misure che sostengono i minori e le loro famiglie;

-contrasto alla dipendenza dovuta a droghe o alcol con la realizzazione di piani socio-educativi.

Inoltre la legge 328/2000 è la prima a introdurre la figura dell'OSS e riserva un ruolo centrale all'assistenza domiciliare, prevede una commissione di Indagine sull'esclusione sociale, che si sostanzia in un report annuale sulle condizioni di povertà ed emarginazione in Italia, con lo scopo di potenziare gli interventi volti ad assicurare il buon funzionamento dei servizi sociali. Tale legge inoltre promuove un'ampia partecipazione che coinvolge le singole persone, le famiglie, fino a realtà che interessano la solidarietà. L'importanza della partecipazione si viene ad affermare soprattutto nei servizi sanitari, i quali incentivano l'uso della prevenzione e della riabilitazione, riconoscendo tale pratica come importante mezzo per la promozione della salute.

1.3 LE IPAB

La nascita delle Istituzioni Pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) fu resa possibile dalla legge 17 luglio 1890 n.6972 (Legge Crispi), che come si è visto nel paragrafo precedente, portò ad una trasformazione delle opere pie e degli enti di beneficenza, da istituzioni nate per iniziativa privata, a istituzioni pubbliche.

Ciò andò a discapito delle opere pie, che come si è visto erano gli organi principali ad occuparsi dei servizi assistenziali e di beneficenza, per lasciare posto ad una gestione laica dell'assistenza. Le IPAB nascono con lo scopo di elargire assistenza ai poveri e di erogare servizi assistenziali ed educativi, per cui i servizi di cui si occupano sono di tipo sanitario, educativo o assistenziale cioè di ricovero. La legge Crispi (L. 6972/90) produsse l'effetto di rendere le fondazioni ecclesiastiche soggette al controllo pubblico, alla creazione di statuti e alla tenuta della contabilità finanziaria, successivamente nel 1972 il controllo delle IPAB passerà alla Regione la quale esercita un controllo più ridotto. Con l'emanazione del DPR n.616 del 1977 si prevede la separazione degli enti pubblici, ad eccezione degli enti di natura religiosa, i cui beni, le funzioni e il personale dell'IPAB diventano competenza dei Comuni. Tale situazione fu regolarizzata dalla Corte Costituzionale tramite la sentenza del 30 luglio 1981(Corrà,2000) la quale renderà illegittimo l'art. 25 DPR n.616 del 1977, sottolineando come lo scioglimento delle IPAB fosse possibile solo tramite un'ampia legge sull'assistenza. La Corte Costituzionale dichiarerà con la sentenza del 7 aprile del 1988 (Sessa, 2007) illegittimo l'art.1 della legge Crispi, il quale impediva alle IPAB regionali e infraregionali di esistere come enti privati. Inoltre, la Corte Costituzionale riconosce alle IPAB la possibilità di richiedere una riprivatizzazione anche in luce del DPR del 16 febbraio 1990 (Sessa,2007), che prevedeva che tali istituzioni potessero chiedere alle regioni di competenza il riconoscimento della loro natura privata.

Una riforma delle IPAB si avrà con la legge 8 novembre n. 328 del 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e di servizi sociali*, voluta per ridisporre le varie istituzioni pubbliche, in cui si prevedeva l'inserimento delle IPAB nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali insieme agli altri enti pubblici e privati. All'interno della legge quadro viene affermato il principio di universalità delle prestazioni le quali devono essere conseguenza di un idoneo sistema di programmazione. In tale contesto, alle IPAB era concesso di trasformarsi in associazioni o fondazioni di diritto privato, il cui unico vincolo era il rispetto degli statuti, ciò verrà ripreso dalla legge 207/2001 come si vedrà in seguito. Rilevante all'intero della legge

328/2000 è l'art. 10 in cui si delineano i principi e criteri che danno corpo ad una nuova disciplina. Tramite tale articolo si prevede la possibilità per le IPAB di poter essere riconosciute come aventi autonomia statutaria, tecnica, gestionale, contabile e patrimoniale, inoltre si prevede la possibilità di gestire il personale attraverso una tipologia contrattuale privata. L'art. 10 della legge n.328/2000 dispone la fusione tra le IPAB impossibilitate, ad esempio per via delle dimensioni, ad erogare servizi adeguati all'utenza e lo scioglimento degli enti inattivi da almeno un biennio. Rilevante però è la proposta di separare la gestione dei servizi da quella patrimoniale, quest'ultima sarebbe stata esercitata dalle fondazioni il cui compito sarebbe stato favorire la rete di servizi e interventi sociali nel rispetto della mission dell'ente. La possibilità di creare fondazioni privatistiche a gestione del patrimonio delle IPAB risulta essere uno strumento utile per sollevare le responsabilità dell'amministrazione dell'ente e di investire tale patrimonio in modo efficiente. La legge 328/2000 si occuperà anche dello scioglimento delle IPAB, predisponendo tale evento qualora queste siano inattive da un biennio o nel momento in cui la loro attività si ritenga conclusa, spetta alla regione e agli enti locali verificare una delle due ipotesi. Agli enti che nasceranno dopo lo scioglimento delle IPAB spetta il compito di utilizzare il patrimonio residuo delle precedenti favorendo il sistema integrato di servizi e interventi sociali. Va anche considerato che la riorganizzazione delle IPAB favorisce un limite degli oneri a carico della finanza pubblica, ciò porta gli enti ad ottimizzare l'uso delle ricchezze. Importante nella legge 328/2000 è l'articolo 4 in cui si prevede la possibilità di tutelare i diritti delle IPAB, nel momento della trasformazione, e del personale prima della trasformazione, in più prevede un regime fiscale agevolato. Inoltre, la legge 328/2000 predispone che gli istituti sia pubblici che privati per poter esercitare le proprie attività debbano ottenere un'autorizzazione dal comune e l'inserimento all'interno di programmi regionali di pianificazione dei servizi sociali. L'autorizzazione all'esercizio viene rilasciata dal comune dopo aver verificato che la struttura abbia i requisiti previsti dalla regione, la quale a sua volta deve verificare che l'ente rientri nei requisiti ministeriali. La legge 328/2000 prevede, inoltre l'accreditamento per il quale si deve seguire l'iter riportato nelle precedenti righe e adottare la carta dei servizi.

Un anno dopo della legge quadro verrà promulgato il decreto legge n.207/2001 *Riordino delle istituzioni di assistenza e beneficenza in attuazione della delega conferita all'articolo 10 della legge 328/2000* (Fossati, 2017). La legge di riordino prevede che le IPAB private possano trasformarsi in ASP (Aziende pubbliche di servizi alla persona). Queste ultime sono aziende diritto pubblico senza scopo di lucro con una propria autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale, operativa, e una personalità giuridica pubblica, inoltre la loro finalità deve rispecchiare i fini delle IPAB cioè erogare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Esse devono essere efficaci e efficienti così da promuovere un giusto equilibrio tra costi e ricavi e devono possedere la facoltà di dotarsi di organi di controllo per ciò che concerne l'amministrazione, la contabilità, la gestione e il controllo. La trasformazione da IPAB ad ASP non interessa tutti gli enti delle prime ad esempio ne sono omessi i conservatori senza scopo di lucro, inoltre sono escluse da tale trasformazione le IPAB con dimensioni ridotte, con un patrimonio e un bilancio esiguo, inattive da un biennio e che abbiano concluso la loro attività istituzionale. L'iter di trasformazione dipende dalla legislazione regionale, il decreto legge 207/2001 indica come termine massimo per la trasformazione 30 mesi dall'entrata in vigore del decreto, il quale prevede anche una riformulazione dello statuto delle IPAB. In caso di inadempimento da parte degli organi amministrativi dell'IPAB, la regione, limitandosi solo ad osservare che l'istituto possieda i requisiti richiesti dal decreto, si sostituisce all'ente portando avanti il processo di trasformazione. Il processo di aziendalizzazione per cui viene gestito dalla Regione la quale ne approva gli statuti e promuove provvedimenti adeguati alla valorizzazione del patrimonio immobiliare.

Il riconoscimento tali istituti come aziende porterà a ripensare le modalità di governance le quali devono considerare i bisogni dei vari utenti che entrano in contatto con il servizio. Per attuare tale trasformazione è importante che a gestire il servizio ci siano persone professionali ed etiche, due elementi importanti per creare una base solida che permetta di consolidare la fiducia dell'utenza. La creazione delle ASP porterà anche a ripensare il ruolo del personale nei vari enti, il quale deve poter contare su adeguati programmi quantitativi e qualitativi per la propria formazione, ed essere coinvolto nei vari processi di miglioramento. La

creazione delle ASP perciò è pensata per sviluppare multiservizi, in cui i vari enti integrandosi tra loro possano creare una vasta rete di servizi territoriali, garantendo una adeguata qualità degli interventi. A tal fine è importante che il servizio diventi multiprofessionale e che si promuova un sistema di gestione della qualità che si basi sull'accreditamento. Tali servizi, inoltre, mettono al centro la persona e la sua famiglia i quali diventano soggetti attivi nella realizzazione del progetto il quale deve rispettare i bisogni della persona, cosa che come si vedrà viene promossa dal Marchio Q&B.

1.4 I SERVIZI PER ANZIANI

Negli anni la domanda sanitaria ha subito varie modifiche legate principalmente al modificarsi della composizione demografica, dovuta ad un aumento della popolazione anziana, da una trasformazione che interessa il mondo del lavoro e dai cambiamenti delle famiglie in cui viene meno la funzione preventiva. Tali trasformazioni hanno portato allo sviluppo dei servizi alla persona aventi il compito di rispondere ai diversi bisogni presenti nella popolazione. Tali servizi sono preposti all'erogazione di attività sanitaria, sociale e sociosanitaria creando al loro interno una relazione duratura tra chi dà vita alla prestazione e chi la riceve, ciò si traduce con il mettere al centro la persona. Nell'ambito della ricerca proposta comprendere come sono cambiati i servizi permette di comprendere il campo di applicazione del Marchio Q&B. Al loro interno si trova una personalizzazione dell'intervento che pone al centro i bisogni e le aspettative che possiede la persona che entra in contatto con il servizio. Una personalizzazione dell'assistenza si traduce anche in una presa di responsabilità che ne deriva, in quanto da una parte il servizio mette in campo delle azioni che permettano al soggetto di essere autonomo, con tutte le conseguenze che tale scelta può portare, dall'altra essa modifica la relazione tra persona operatore, persona e territorio. Inoltre la prestazione che viene data all'interno dei servizi alla persona è qualcosa che si differenzia da quella data da chi produce beni materiali, in quanto i primi hanno un diverso consumo nel tempo, inoltre chi ne usufruisce è sia cliente che produttore del servizio stesso.

Il nascere di una rete a sostegno degli anziani coincide con il XX secolo,

periodo in cui si assiste a un rapido aumento della popolazione e a un allungamento della vita portato da un maggiore benessere, ciò ha comportato una trasformazione all'interno dei servizi di assistenza, i quali si sono dovuti adattare ai nuovi bisogni. Tale situazione ha comportato una ridefinizione dei servizi, i quali hanno iniziato a concentrarsi su tre passaggi importanti: ingresso, gestione del servizio e dimissione, che si traduce in una valutazione socio-sanitaria, in una creazione di un piano ad hoc per il soggetto che può portare alla dimissione dello stesso. Ciò comporta creare all'interno del servizio una politica basata sulla qualità la quale per essere promossa ha bisogno di istruzioni operative riconosciute da tutto il personale, le informazioni devono essere veicolate all'interno del servizio a tutti i livelli, infine, la promozione di una politica della qualità si basa sulla raccolta delle raccomandazioni degli utenti e dei loro famigliari. Inoltre perché la qualità possa essere raggiunta tutte le figure presenti all'interno della struttura devono lavorare in sinergia per promuovere un completo benessere dell'anziano. L'esigenza di una integrazione tra le caratteristiche del servizio sociale con quello sanitario trova risposta nella riforma sanitaria n. 833 del 1997, da cui verrà istituito il Servizio Sanitario Nazionale(SSN) il quale sarà organizzato a livello locale, regionale e nazionale e permette di coordinare le figure presenti nei servizi assistenziali. Sul piano normativo per vedere applicati standard di qualità e un quadro di riferimento a cui i servizi possano attenersi si dovrà attendere il Decreto Legislativo 112/1998, il quale punta sullo sviluppo di un sistema di Welfare a più livelli, indicando gli standard minimi a cui gli enti si devono adeguare. In seguito con la legge 328/2000(Cipolla, 2005) si verrà a creare un Sistema integrato di interventi e servizi sociali in cui si pensa ad una collaborazione tramite convenzione con il pubblico. Tale legge, come si è visto nel paragrafo precedente, punta a promuovere la qualità, scongiurare la discriminazione degli anziani e andare incontro alle esigenze della persona e della famiglia, che una situazione di disabilità comporta. La rete di servizi rivolti all'anziano oltre a promuovere una integrazione tra sociale e sanitario deve anche rispondere in modo adeguato alle domande che arrivano dai soggetti, costruendo un intervento che si basi sul PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) in cui

vengano coinvolti oltre agli operatori anche l'anziano e i suoi famigliari. Importante, e ciò lo ritroveremo all'interno dei 12 Valori del Marchio Q&B, è che l'organizzazione dei servizi sia flessibile in modo tale da adattarsi alle esigenze dell'utente. La legge 328 dell'8 novembre 2000 rappresenta anche il punto di partenza per i servizi integrati e per i servizi socio-assistenziali, riconoscendo il terzo settore come soggetto avente un ruolo attivo nella programmazione dei servizi ed erogazione degli stessi a livello territoriale, inoltre, assegna la programmazione dei servizi ai Comuni e alle Regioni. I principali destinatari di tali servizi sono coloro che si trovano in una situazione di bisogno particolare che può essere dovuta al basso reddito, a patologie che causano una riduzione delle loro capacità fisiche e psichiche e quei i soggetti che chiedono piani per l'inserimento sociale. Rilevante nelle varie forme che può assumere per l'assistenza agli anziani è l'erogazione di servizi a domicilio. Con la legge 883/1978 si avrà il riconoscimento delle cure a domicilio le quali diverranno di competenza dei Comuni e delle Unità Sanitarie Locali (USL), i quali oltre ad assolvere alle funzioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) saranno incaricati di dirigere progetti per l'assistenza a domicilio. All'interno del testo di tale legge si farà un primo riferimento ai distretti sanitari, riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la base dello sviluppo di una nuova sanità pubblica in cui rientra anche l'assistenza domiciliare, gli addetti all'erogazione di servizi di primo livello e il pronto intervento. Le USL, tramite la riorganizzazione del SSN avvenuta tramite il Decreto Legislativo 502 del 1992, vengono preposte ad assicurare adeguati livelli di assistenza previsti dalla programmazione nazionale e regionale erogando direttamente i servizi e assumendo il controllo degli enti socio-assistenziali per conto degli enti locali. Ciò che si vuole raggiungere sono livelli uniformi di assistenza, cioè quelle attività erogate a nome del servizio sanitario definite all'interno di programmi regionali e comunali come obiettivi da raggiungere.

Un ulteriore consolidamento dell'assistenza a domicilio si avrà tra il 1994/1996, periodo in cui viene riconosciuta come una delle forme di cura previste verso gli anziani. L'assistenza domiciliare ha come obiettivo la soddisfazione dei bisogni

della persona, dando particolare attenzione alla qualità della vita perseguita tramite la conservazione dell'ambiente di vita e delle relazioni significative. Per raggiungere tale obiettivo importanti sono i distretti il cui compito è garantire un'integrazione tra i vari servizi che erogano prestazioni sanitarie e i servizi socio assistenziali in modo da dare risposta ai bisogni dell'utente. Rilevante per la promozione dell'assistenza domiciliare verso gli anziani è il Progetto Obiettivo Nazionale redatto nel 1992, il quale organizza in modo organico tale assistenza promuovendo una valutazione multidimensionale dei vari bisogni dell'anziano redatta dall'Unità di Valutazione Geriatrica. Il focus di tale progetto era rispondere per l'appunto ai bisogni sanitari e socio-assistenziali dell'anziano promuovendone la qualità della vita. Il Piano Sanitario del 1998-2000 evidenzia ulteriormente tale aspetto, sostenendo la necessità di rafforzare l'assistenza verso i più deboli, i quali trovandosi in situazioni svantaggiose richiedono un tipo di assistenza dipendente. Ciò porta ad attuare una valutazione multidimensionale del bisogno, la quale permette di garantire equità di accesso alle cure, tale valutazione verrà usata come modello su cui basare l'assistenza agli anziani. Il Piano Sanitario del 1998-2000 promuove l'uso dell'assistenza domiciliare anche per i soggetti terminali, per garantire la possibilità di passare gli ultimi momenti con i propri cari. Inoltre tramite il DPCM del 29 novembre 2001, che inserisce l'assistenza domiciliare tra i Livelli Essenziali di assistenza, le Aziende Sanitarie si fanno carico di tale servizio erogandolo a chi si trova in stato di bisogno.

L'assistenza domiciliare può essere di varie forme: prestazionale in cui non è previsto l'uso di un piano personalizzato, domiciliare che comprende l'erogazione di un servizio sia del Sistema Sanitario che sociale, la quale permette la possibilità di poter usufruire di specialisti presso il proprio domicilio, essa viene programmata in riferimento alla prestazione fatta dal Medico di Medicina Generale, il quale deve possedere l'autorizzazione da parte del Sistema Sanitario, e integrata in cui si prevede l'uso di un piano assistenziale personalizzato in cui sono riportate le azioni sanitarie e assistenziali (Andreoni, 2000). L'assistenza domiciliare, inoltre, mira a sgravare i luoghi addetti al primo intervento, dando la possibilità al soggetto di continuare il contatto con la sua quotidianità. Inoltre aiuta il cittadino ad essere più

consapevole della propria salute, a sviluppare una solida rete relazionale e a creare un tipo di assistenza personalizzata. Ma perché l'assistenza domiciliare abbia successo, oltre a riconoscerne l'importanza si devono considerare altri due fattori: una famiglia che sappia rispettare quanto espresso dalla persona, e la velocità con cui lo stato dell'anziano può mutare. Inoltre, una delle maggiori difficoltà che può incontrare la famiglia nel momento cui richiede tale servizio sono legate alla burocrazia e alla difficoltà di avere interventi rapidi.

L'assistenza domiciliare non è l'unico aiuto di cui può godere l'anziano, in quanto esso può usufruire di servizi semi-residenziali, un esempio sono i centri diurni nati attorno agli anni 80. Essi inizialmente nascono come mezzo per favorire la socializzazione, essendo un punto di ritrovo per molti anziani con una loro autonomia, ma con i cambiamenti avvenuti nella popolazione essi si sono dovuti adattare e includere al loro interno anche un tipo di utenza non autonoma. Basandosi sulle trasformazioni avvenute nella popolazione anziana, i centri diurni hanno iniziato ad erogare prestazioni sanitarie a sostegno alla vita domestica, cercando di limitare il ricorso alle strutture residenziali promuovendo una giusta qualità della vita.

Nel momento in cui l'assistenza domiciliare non può essere praticata, in quanto chi opera nel territorio non riesce a garantire un adeguato supporto, si ricorre all'assistenza residenziale. Nel corso degli anni il panorama delle residenze per anziani è andato mutando passando dalle *Residenze assistenziali* (RA), le quali sono comunemente chiamate case di riposo in cui sono ospitati anziani sia autosufficienti che non. Negli anni '60 si sviluppano le prime *Residenze socio sanitarie*, oggi conosciute con il denominativo di *Residenze protette*, le quali prevedono una presa in carico dell'anziano non autosufficiente, assicurando un tipo di assistenza medico e infermieristico, promuovendo al loro interno il recupero delle capacità psico-motorie. Negli anni '90 si affermano le *Residenze sanitarie assistenziali* (RSA) in cui il servizio assistenziale non è solo rivolto ad anziani non autosufficienti, ma anche a persone che si trovano in uno stato di disabilità. Tali strutture promuovono un tipo di assistenza 24 ore su 24, sgravando così gli ospedali di quei casi che necessitano di un'assistenza continuativa. Le RSA al loro interno promuovono una organizzazione il più

possibile familiare in modo tale da creare un ambiente in cui sia garantita la riservatezza, ma allo stesso tempo in cui l'anziano possa creare relazioni con gli altri residenti(Lombardo, 2009). Al loro interno si trovano varie figure professionali, chiamate ad intervenire su malattie croniche nel rispetto della dignità dell'ospite. In tali strutture viene utilizzata un tipo di assistenza individualizzata, che metta al centro il benessere dell'anziano andando a contrastare la perdita di autonomia, causa principale di allontanamento dal proprio domicilio, e il mantenimento delle capacità residue. All'interno delle residenze importante diventa la presenza dei familiari, i quali possono essere visti come un mezzo per implementare la qualità e per creare un piano assistenziale il più possibile vicino alle esigenze della persona. Tali caratteristiche si possono trovare all'interno del Marchio Q&B il quale riconosce l'uso di progetti o programmi come un mezzo utile per la promozione dell'autonomia dei soggetti.

Nell'immaginario comune le residenze per anziani sono viste come un luogo in cui la persona diventa oggetto di cure perdendo la sua autonomia, in quanto all'interno delle strutture il personale deve applicare una determinata routine, inoltre si pensa che per poter usufruire di cure di qualità l'autonomia della persona debba venire meno, ciò porta alla seguente domanda: come valorizzare l'autonomia dei residenti? Il termine autonomia non è solo legato alle capacità fisiche, ma anche alla possibilità di decidere per sé, di essere consapevole di ciò che si desidera e corrisponde all'assunzione di responsabilità. Perché essa venga valorizzata l'organizzazione si deve adattare ai bisogni dei residenti e non viceversa, facendo sentire la persona a casa e favorendo quelle condizioni abitative che permettono la realizzazione di tale sentire(Censi,2001). Ciò però non basta in quanto anche il personale, volontari e familiari sono un tassello importante per la realizzazione dell'autonomia, in quanto essi devono essere in grado di interpretare i bisogni della persona. All'interno delle residenze per anziani l'autonomia viene principalmente promossa dall'immagine che il personale ha dell'anziano, la quale molto spesso coincide con lo stereotipo della persona bisognosa di cure. La promozione dell'indipendenza dell'anziano passa dall'abbandono di tali stereotipi in cui si vede solamente il deficit dell'anziano a

discapito delle sue capacità.

La realizzazione dell'autonomia della persona anziana non è qualcosa che impegna solo il personale della struttura o i famigliari ma anche l'organizzazione stessa. Peso rilevante ha la mission che l'ente intende perseguire, i cui obiettivi devono essere condivisi, e l'attenzione che esso pone nell'evitare forme di istituzionalizzazione. Infatti, le prime residenze nascono con lo scopo di nascondere le persone con determinate patologie poiché viste come un discostamento dalla normalità. L'attuazione di forme di istituzionalizzazione va a discapito di una personalizzazione dell'assistenza, la quale viene attuata seguendo determinati standard, dall'individuazione delle capacità residue dell'anziano e della sua autonomia. L'organizzazione deve creare una mission che non si basi sulla dipendenza della persona, ma sulle sue capacità residue creando delle situazioni ad hoc in cui essa possa usarle. Ciò fa comprendere che deve essere l'organizzazione in primis a promuovere quelle pratiche che consentano all'anziano di sentirsi autonomo e formare il personale perché si abitui a cogliere e valorizzare le sue capacità residue . Il fatto di concentrarsi sulle capacità e non sul deficit non fa sentire la persona inadeguata ma riconosciuta. Ciò si ritrova all'interno del Marchio Q&B in cui si mette in evidenza come il personale debba acquisire determinate capacità utili per riconoscere l'autonomia che l'anziano ancora possiede.

2. LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI: INTRODUZIONE AL MARCHIO QUALITÀ E BENESSERE

2.1 COSA SI INTENDE PER VALUTAZIONE

Una definizione del termine di valutazione viene elaborata da Palumbo (2001,p.59) il quale sostiene che è “un’attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su una azione (o un complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose e codificabili”. Tale definizione fa comprendere che il giudizio che nasce dalla valutazione va sostenuto dai dati raccolti seguendo procedure rigorose, inoltre, è riferito a un oggetto che si trova all’interno di un ambito di azioni e interventi. Possono essere valutate le politiche, in quanto la pratica valutativa non interessa solo il settore privato ma anche quello pubblico, infatti, tale strumento si è reso utile per conoscere i bisogni emergenti in modo tale da adottare interventi adatti a soddisfarli, i servizi per comprendere se esso risponde a determinate necessità, progetti qui risulta utile per comprendere come migliorarli e i singoli casi in quanto le conoscenze prodotte possono essere utili alla persona per correggere le azioni intraprese, qui rientra il Marchio Q&B il quale si presenta come uno strumento di valutazione dei servizi rivolti principalmente agli anziani. Riprendendo la definizione che da Palumbo della valutazione essa viene definita dall’autore come una attività di ricerca che segue procedure rigorose, ciò porta a dover fare una distinzione tra valutazione e ricerca valutativa. Per valutazione si intende un giudizio che può essere eseguito anche da coloro che non seguono criteri scientifici ma esprimono un parere utile, invece la ricerca valutativa, a cui si fa riferimento all’interno dell’elaborato, consiste in una azione utile per raccogliere dati su cui poi si baserà il giudizio. Ciò fa comprendere che essendo una azione di ricerca essa si deve basare su un buon supporto scientifico e deve garantire che lo studio sia ripetibile, trasparente e che ci sia consenso sia da parte del valutatore che dei soggetti che richiedono tale pratica per quanto riguarda la

metodologia usata. Ciò fa comprendere che l'uso della ricerca valutativa non può essere slegato al contesto che è il luogo in cui l'azione diventerà oggetto di esame, ciò è visibile all'interno del Marchio Q&B dove si cerca di comprendere a pieno il contesto oggetto della valutazione. L'oggetto che si decide di esaminare però non è qualcosa di già dato ma scaturisce dalle domanda di ricerca che si pone il valutatore la quale si concretizza dal confronto con gli attori che entrano in contatto con il servizio i quali divengono mezzi utili per comprendere i punti critici da cui saranno teorizzate le domande a cui rispondere. Ciò permette di comprendere che la valutazione di un servizio o di una azienda sia essa pubblica che privata permette di individuare i punti di forza e i punti di debolezza all'interno dell'organizzazione, nei progetti e programmi per potervi apportare delle miglorie che siano in grado di ottimizzare i risultati futuri. Essa da una parte esamina in quale misura la prestazione data dal lavoratore rispetti gli standard che il datore di lavoro si attende, dall'altra permette di comprendere gli effetti e la validità delle scelte fatte rispetto agli obiettivi fissati. Quindi valutare vuol dire comprendere cosa si può migliorare o se le decisioni prese stanno maturando i risultati previsti. Tutto ciò viene tradotto nella pratica attraverso l'elaborazione di domande mirate e con la costruzione di uno strumento adatto alla raccolta e analisi dei dati utili per individuare le informazioni in grado di rispondere ai quesiti che il valutatore si pone. Essa non si deve basare solamente su un buon impianto teorico ma deve rispettare alcuni principi:

-autovalutazione: in quanto i soggetti coinvolti, i quali si possono identificare con gli operatori del servizio o con chi ha richiesto la valutazione, sono i primi responsabili di tale ricerca, ciò vuol dire che perchè la ricerca produca l'effetto di indire il cambiamento la realtà deve essere presentata per ciò che è;

-considerare i diversi livelli della valutazione: si intende considerare tutti i soggetti coinvolti a tutti i livelli, quindi gli utenti, la comunità, gli operatori ecc.;

-non autoreferenzialità: in quanto perchè una valutazione sia attendibile si deve poter avere dei riscontri oggettivi;

-confrontabilità: la valutazione si basa su una comparazione con altre esperienze;

-trasparenza: poiché gli esiti prodotti interessano tutti i soggetti coinvolti ciò riguarda anche i vari passaggi che portano alla creazione di un giudizio.

La valutazione, inoltre, all'interno dell'ambito pubblico o nel settore privato per cui diviene un mezzo utile agli stakeholders per conoscere gli interventi che i decisori hanno deciso di attuare o che si stanno attuando (*accountability*) e permette a chi sta ideando il programma o intervento di comprendere cosa migliorare (*learning*). La valutazione dei programmi o degli interventi che si decidono di attuare si può suddividere in tre principali fasi:

-*valutazione ex-ante* la quale viene eseguita prima della realizzazione del programma, essa risulta utile per mettere in luce i punti di forza e i punti deboli dell'intervento in modo tale che si possa scegliere tra le alternative disponibili, inoltre, fa in modo che i meccanismi decisionali siano esplicitati;

-*valutazione intermedia* viene effettuata finché il programma o l'intervento sono ancora attivi permettendo di apportare delle modifiche in corso d'opera, inoltre, analizza se permangono gli obiettivi prefissati e se ci sono stati dei cambiamenti rispetto alla situazione di partenza;

-*valutazione ex post* essa viene attuata a programma o intervento conclusi in quanto permette di mettere in luce se i risultati prefissati sono stati raggiunti e se ha realizzato scopi inattesi, tale valutazione si compone di tre momenti il primo viene nominato di output in cui si analizza se le politiche previste sono state portate a termine, il secondo è di outcome in cui si evidenzia se tali politiche sono state realizzate nel migliore dei modi e l'ultimo momento è l'impatto in cui si esamina se il progetto o programma ha prodotto l'effetto sperato sui destinatari. Inoltre, tale valutazione rende conto di come sono state usate le risorse disponibili e l'efficacia e l'efficienza del programma o intervento.

I tempi della valutazione presentati permettono di comprendere che essa si basa su un giudizio sull'efficacia, intesa come la capacità di raggiungere un risultato atteso, e sull'efficienza riferita alle modalità di impiego delle risorse per arrivare al risultato sperato. Quando si parla di efficacia ed efficienza è importante distinguere tra:

-realizzazioni cioè l'esito atteso dell'attività in cui si esaminano le conseguenze immediate e programmate, un esempio sono i numero di corsi realizzati;

-risultati qui rientrano le conseguenze esterne generate, essi sono espliciti ma difficilmente sono quantificabili;

-impatti sono gli effetti di lungo periodo del programma, tale termine viene usato per riferirsi alle conseguenze negative o positive che il progetto ha avuto sui soggetti, sono di difficile esplorazione e non possono essere programmati. (Bezzi,2007)

La valutazione per cui non interessa solo i committenti o chi finanzia la ricerca valutativa, ma anche alla comunità locale la quale si presenta sempre maggiormente interessata sugli effetti delle azioni intraprese sia in ambito pubblico che privato.

2.1.1 I possibili approcci alla valutazione

Il valutatore nel momento in cui avvia una ricerca può utilizzare diversi approcci per realizzarla, di questi alcuni possono essere considerati i principali:

-positivista sperimentale in cui si esamina se gli obiettivi previsti all'interno del programma sono stati raggiunti attraverso l'uso di strumenti quantitativi, per far fronte al problema di obiettivi poco chiari si pone una distinzione tra scopi e obiettivi i primi possono essere visti come un qualcosa a cui si aspira i secondi sono ciò che deve essere raggiunto. Per controllare se effettivamente gli obiettivi sono stati raggiunti, e cioè per verificarne la sua efficacia, tale approccio si basa sulla sperimentazione su due gruppi uno sottoposto al programma l'altro no tale confronto permette di comprendere l'efficacia del programma. Tale approccio dimostra che qualcosa viene a modificarsi dopo l'introduzione di un input ma non sta spiegare il perché di tali cambiamenti e non considera gli eventuali risultati inattesi;

-pragmatista della qualità che permette una comparazione dei standard di qualità, la valutazione consiste nell'analizzare quanto il servizio si avvicini a tali standard qui l'analisi non è posta su ciò che un singolo programma vuole raggiungere ma sul raggiungimento degli standard. In tale approccio la qualità diventa l'oggetto da rilevare per cui si utilizzano indicatori verso cui si creano dei standard di raggiungimento. L'approccio pragmatista viene utilizzato principalmente all'interno del management pubblico che vuole sapere l'andamento del servizio.

Inoltre, tale approccio è sempre più collegato alla certificazione e alle norme ISO 9000 le quali promuovono standard di qualità per merci e servizi;

-costruttivista in cui si analizza cosa è considerato di successo per gli stakeholders e perché quel risultato sia importante. La definizione di cosa di cosa viene considerato di successo dall'utente si crea nel momento in cui il programma risolve situazioni problematiche o si confronta con altre circostanze. Tale approccio tiene conto del fatto che il programma di modifica asseconda dei contesti in cui è inserito (Palumbo,2001)

Considerando i modelli appena presentati e le caratteristiche del Marchio Q&B si può ritenere che esso si avvicini al modello costruttivista poiché va a considerare cosa viene ritenuto di successo per gli stakeholders. Inoltre, si basa un tipo di valutazione partecipata, la quale viene sempre più usata, in quanto incentiva la partecipazione degli anziani, come fruitori, e degli operatori che lavorano all'interno del servizio. Esso però considera anche il contesto esterno al servizio in quanto gli effetti interni ad esso si rispecchiano anche nel contesto in cui esso è situato. Inoltre, come l'approccio costruttivista il Marchio Q&B tiene conto del contesto in cui è applicato poiché ciò che viene considerato di successo cambia a seconda delle aspettative dei soggetti. Entrambi tengono in considerazione il punto di vista degli attori coinvolti che posso essere un mezzo utile al servizio per comprendere dove potenziare i programmi in corso.

2.2 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ

La crisi del Welfare e le profonde trasformazioni in atto nei servizi, soprattutto quelli a carattere socio sanitario, porta a riconsiderare la qualità e il ruolo che essa assume. Ridefinire il concetto di qualità comporta considerare alcuni cambiamenti che sono in atto a livello delle politiche sociali e ciò sviluppa una logica di rete in cui gli attori entrano in relazione, si inizia a evidenziare come decisione e azione non siano due cose distinte ma contribuiscono alla costruzione dei comportamenti organizzativi. Ciò porta a ripensare le politiche pubbliche e a sviluppare il concetto di governance che fa riferimento al coordinamento di attori sociali che prendono decisioni collettive sugli obiettivi da raggiungere. La governance viene

vista come una guida per il cambiamento in cui gli attori si mettono in gioco per ridefinire i sistemi di welfare, infatti essa è può essere una bussola per il comportamento degli attori in modo tale che mettano in campo azioni per il bene comune. Perché l'organizzazione realizzi processi di governance si deve considerare la definizione delle priorità ciò porta a una condivisione dei valori e delle informazioni tra gli attori, il controllo dei processi di rete in quanto ogni sistema possiede delle proprie regole di inclusione nel caso dell'ente pubblico tale sistema viene regolato dall'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento le quali assicurano al cittadino di accedere a un servizio di qualità. Infine perché possa esserci un processo di governance l'organizzazione deve incrementare le possibilità di miglioramento, in tale ottica si viene a sviluppare il concetto di valutazione della qualità la quale permette di innescare processi riflessivi sulle possibili strade da intraprendere. Ciò ha portato a chiedersi come sviluppare modelli adeguati di valutazione della qualità i quali devono contenere:

- il rispetto degli standard di riferimento;
- la valutazione della soddisfazione del cliente;
- l'esame del rispetto delle garanzie dei servizi;
- la valutazione dei processi di miglioramento;
- l'esame della coesione tra costi e prestazioni;
- valutazione delle prestazioni. (Bertin, 2007)

Il concetto di qualità non è univoco a tutti gli attori i quali gli attribuiscono significati diversi anche a seconda delle diverse posizioni che occupano all'interno dell'organizzazione. Dal punto di vista manageriale il concetto di qualità è collegato ad esempio all'uso efficiente delle risorse, il professionista lo collega alla possibilità di mettere in campo un intervento che soddisfi la richiesta dell'organizzazione e dell'utente, infine il cittadino basa la sua valutazione della qualità sull'esperienza concreta che ha fatto del servizio o prodotto. Per ciò da una parte si è cercato di creare modelli di valutazione della qualità che superino i limiti della burocrazia legata alla pubblica amministrazione, cosa che promuove il Marchio Q&B, dall'altra si è cercato di creare un modello standard a cui i professionisti possano affidarsi. All'interno della valutazione della qualità si viene a sviluppare il concetto di partecipazione dell'utente che usufruisce del servizio il

quale inizia ad assumere un ruolo attivo, tale partecipazione è visibile all'interno del Marchio Q&B dove incentiva la collaborazione di tutti i soggetti che entrano in contatto con il servizio.

Il termine qualità però può essere anche condizionato dalle aspettative di chi entra in contatto o da chi è chiamato a eseguire una valutazione del servizio. Le aspettative riguardanti il servizio sono in continuo cambiamento poiché esse possono essere influenzate dalla natura del problema che porta ad attivare la domanda, dai valori degli attori i quali a seconda del ruolo che ricoprono hanno varie attese. In riferimento invece agli elementi informativi che permettono la valutazione essi cambiano a seconda della persona, ciò vuol dire che la percezione dell'informazione viene influenzata dalle competenze possedute, dagli aspetti culturali e sociali e dalle relazioni che si creano le quali influenzano la percezione al servizio. Quindi si può intendere il servizio come influenzato dal comportamento umano e dagli atteggiamenti, due elementi che influenzano la qualità.

Per analizzare la qualità di un servizio si devono considerare alcuni fattori importanti, uno di questi è la definizione di cosa si intenda per cliente, tale immagine può essere influenzata dalla selezione del servizio di cui si ha bisogno, dall'uso delle risorse e dalla fruizione del servizio che esso ha avuto in cambio. Un secondo elemento che influenza la valutazione è l'alterazione della domanda non manifesta in quanto una sua distorsione può essere dovuta alla mancanza di prevenzione importante soprattutto nel settore sociosanitario e dai bisogni di chi richiede quel servizio. Tale situazione influenza le aspettative che possiede il consumatore poiché le dinamiche che si creano all'interno dei servizi sono molto più complesse rispetto all'impressione sulla qualità che si ha quando si usa un bene di consumo.

Il tema della qualità, inoltre, è diventato centrale anche all'interno dei Servizi alla persona cioè quei servizi in cui si crea un legame tra operatore e utente in cui processo e prodotto coincidono. Tali servizi sono intangibili in quanto essi sono di difficile misurazione e per questo si predilige un approccio qualitativo che si basa sul coinvolgimento degli operatori i quali sono chiamati ad adottare modalità di lavoro che siano professionali ed etiche, altra caratteristica dei servizi alla persona

sta nella limitazione delle risorse sia in termini di personale che economiche. Ciò che è oggetto di valutazione nei servizi alla persona è la possibile divergenza che può esserci tra servizio programmato ed erogato ed efficacia ed efficienza dell'organizzazione. Tali elementi sono esaminati attraverso una partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, questo permette di comprendere cosa migliorare per favorire un maggior beneficio per l'utente. Coinvolgere i soggetti consente di creare uno scambio di informazioni tra operatore e utente, di prendere decisioni consone volte al miglioramento, di creare fiducia, gestire il sistema in modo flessibile e di mantenere al centro la persona e i suoi bisogni. Inoltre, abbassa il turnover degli operatori ciò consente la fruizione di una buona assistenza. Tali righe premettono di comprendere l'obiettivo del Marchio Q&B, cioè creare all'interno dei servizi una rete solida di scambio di informazioni in cui tutti i soggetti diano il loro contributo al miglioramento del servizio.

Quando all'interno di un servizio rivolto alla persona si decide di intraprendere un percorso volto alla qualità non si deve scordare che possiedono una loro propria identità, poiché al loro interno si trovano operatori che portano con sé conoscenze diverse a seconda dei tipi di assistenza. Perciò vanno considerati due elementi che permettono di costruire la qualità il primo è il target a cui è rivolto il servizio, il secondo punto da considerare è che il servizio è inserito all'interno di una comunità in cui tutti i cittadini, sia chi è fuori e dentro alla struttura, partecipano alla costruzione della qualità.

La qualità per essere perseguita quindi deve appartenere alla cultura del servizio, inoltre, deve essere una scelta volontaria e non forzata. Essa può essere sia valutata dall'ente internamente ma anche tramite Audit esterni che rilasciano le dovute certificazioni. La presenza di soggetti esterni chiamati a esaminare la qualità di servizio fa in modo che chi lavora al suo interno sviluppi accountability che può essere definita come riconosce la propria responsabilità sociale verso l'esterno. In tale ottica rientrano l'accreditamento, la certificazione e il Marchio Q&B, i quali tramite adeguate procedure di valutazione permettono di essere maggiormente consapevoli delle azioni messe in campo. Per quanto riguarda la certificazione viene eseguita da un ente terzo che non è coinvolto nella struttura il quale elabora standard di qualità, i quali sono valutati da un ente esterno. Gli enti

che si occupano addetti alla certificazione sono regolati dalle norme che fanno capo alla UNI EN ISO 9000 (Zaggia, 2019) la quale assicura la capacità di una organizzazione di strutturare prodotti o servizi che soddisfino i bisogni del cliente impegnandosi a migliorare continuamente.

L'accreditamento, invece, può essere svolto internamente dal soggetto che eroga il servizio in tali casi si attua una verifica dell'attinenza tra realtà e requisiti del modello, o può essere attuato da una autorità pubblica la quale ha la funzione di committente o soggetto regolatore del sistema in tal caso vengono esaminati dei requisiti minimi che l'ente deve possedere per poter svolgere il servizio. Anche il Marchio Q&B può essere riconosciuto come una modalità della valutazione della qualità, al suo interno sono previste una fase di autovalutazione e una fase di Audit fatta da soggetti esterni le quali serviranno per attribuire i punteggi ai vari indicatori, le modalità di attribuzione dei punteggi verranno esplicitate più avanti nel corso del capitolo. Tali forme di valutazione sono una risposta agli standard sociali e ambientali richiesti dagli stakeholders, promuovono un dialogo aperto e la collaborazione tra i soggetti interessati e le organizzazioni. In tale ottica rientra il Marchio Q&B il quale promuove l'uso dell'autovalutazione in modo tale che il personale acquisisca consapevolezza e responsabilità delle azioni che intende intraprendere.

Per ciò si può capire quanto il concetto di qualità sia importante all'interno dei servizi ma perché essa diventi un mezzo di confronto tra i vari attori in gioco deve incorporare al suo interno alcuni importanti concetti che si possono individuare nei termini:

- multistakeholder il quale porta a condividere dei criteri di giudizio e a intendere come la qualità sia qualcosa di relativo;
- multidimensionale ciò vuol dire considerare il punto di vista dei vari attori che sono chiamati a dare un giudizio sulla qualità;
- evolutivo in quanto il concetto di qualità è influenzato dal miglioramento della capacità di giudizio e dalla continua evoluzione dei servizi;
- esplicito in quanto per rendere comunicabile il concetto di qualità si deve operativizzare cioè renderlo osservabile. (Bertin,2007)

2.3 MODELLI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ': ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE

2.3.1 *Accreditamento*

L'accREDITAMENTO è ormai riconosciuto come un tassello importante per i servizi che chiedono la possibilità di erogare prestazioni a nome del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto tramite esso si attesta che il servizio rispetta determinati di standard di qualità. Tale interessamento è dovuto a una maggiore attenzione che i servizi pubblici o privati che si occupano di erogare prestazioni assistenziali hanno acquisito agli occhi dei cittadini, i quali sono divenuti sempre più interessati ai temi della salute e del benessere. L'accREDITAMENTO consiste in un processo di valutazione avviato da un ente terzo che verifica e riconosce la capacità di una organizzazione di erogare determinati servizi. L'interessamento verso i servizi alla persona ha portato a cercare degli standard di qualità che permettessero alle strutture di avviare processi di miglioramento continuo. Lo stesso fine possiede il Marchio Q&B in quanto spingere le strutture, attraverso una accurata valutazione, ad attuare azioni volte al miglioramento continuo. Una prima normazione di tale sistema si ha con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"(Zaggia, 2019), il quale verrà modificato con il Decreto Legislativo 517 del 7 gennaio 1993(Garena e Gerbo, 2010), in cui si prevede che i servizi che erogano prestazioni sanitarie siano sottoposti a un controllo della qualità per assicurare ai cittadini determinati livelli di prestazione. Tale verifica spetta alle Regioni le quali sono chiamate ad indicare i requisiti minimi, invece al Governo spetta il compito di indicare i livelli di assistenza uniformi. La materia dell'accREDITAMENTO verrà ulteriormente regolamentata dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 in cui sono definiti i requisiti che le strutture sanitarie e socio sanitarie devono rispettare per accedere all'autorizzazione(Garena e Gerbo,2010). Il D.P.R riconosce le competenze delle Regioni in materia di autorizzazione e accREDITAMENTO, un esempio né è la Regione Veneto che disciplina l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO con la Legge Regionale del 16 agosto 2002 n. 22 "Autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali sia di carattere pubblico che privato"(Zaggia,2019). Per

quanto concerne l'iter che le strutture devono seguire viene specificato nel D lgs 19 giugno 1999, n. 229, tale iter si divide in tre fasi: richiesta di autorizzazione alla realizzazione, richiesta di autorizzazione all'esercizio e infine viene effettuata domanda di accreditamento istituzionale a cui poi seguiranno gli accordi contrattuali in cui si prevede che per un determinato periodo di tempo il servizio possa erogare attività a nome del Servizio Sanitario Nazionale. L'autorizzazione all'esercizio, richiesta o da una struttura sanitaria o socio-assistenziale, viene rilasciata dal Comune dopo che la Regione ha verificato la conciliabilità del progetto con la programmazione regionale. La Regione, come si è già detto, oltre a verificare la compatibilità con il programma regionale essa è tenuta a verificare il rispetto del fabbisogno delle prestazioni sanitarie o socio-sanitarie all'interno del territorio in cui l'ente si trova. Se la procedura di autorizzazione alla realizzazione va a buon fine l'ente può richiedere l'esame per l'autorizzazione all'esercizio in cui si prevede che per le strutture pubbliche sia la Regione a verificare il possesso dei requisiti, mentre per gli istituti privati è il Comune preposto a tale esame. L'ultimo passaggio dell'iter è la richiesta dell'accreditamento istituzionale, obbligatorio per quei enti che, dopo aver ricevuto verifica positiva di autorizzazione sia alla realizzazione che all'esercizio, erogano servizi in nome del Sistema Sanitario Nazionale. Tale attestato viene rilasciato dalle Regioni le quali attestano il possesso dei requisiti di qualificazione posseduti dall'ente che ne fa richiesta, procedono con un esame del fabbisogno regionale considerando le risorse disponibili e verificano il rispetto da parte delle strutture della programmazione regionale e nazionale. Le Regioni nell'elaborare i requisiti necessari per ottenere l'accreditamento sono tenute a considerare quanto riportato nella normativa del 1992, in cui sono riportati i punti da considerare per la creazione degli standards. Alcuni di questi riguardano la funzionalità dell'accreditamento in relazione al piano regionale il quale non deve porre discriminazioni tra le strutture ma deve basarsi sulla qualità delle prestazioni. Ad accreditamento avvenuto il servizio stipula un contratto in cui si riporta il periodo di tempo di erogazione delle prestazioni, ciò può avvenire dopo aver concordato con le aziende e le unità sanitarie locali la portata e il tipo di performance, se tra

questi soggetti non si stipula tale contratto la procedura di accreditamento è sospesa. All'interno del contratto devono essere riportati principalmente:

- gli obiettivi e i programmi che l'ente propone di attuare,
- il volume delle prestazioni che si vuole attuare,
- requisiti del servizio facendo particolare attenzione alle modalità di entrata, ai tempi di attesa e alle modalità con cui viene erogata l'assistenza.

Le Regioni, secondo l'articolo 10 del D.lgs 502/92, oltre a richiedere alla struttura il costo delle prestazioni che eroga deve anche dimostrare la qualità di queste, ciò ha portato a riconoscere la certificazione della qualità come requisito utile per accedere all'accreditamento, anche se l'articolo citato non specifica quali siano gli indicatori su cui fare riferimento ma lascia che sia il Ministero della Salute ad individuarli. Con l'approvazione del Patto per la Salute 2010-2012, un accordo tra Governo e Regioni volto a promuovere il miglioramento dei servizi, delle prestazioni e a creare un sistema unico, si sono individuati i seguenti indicatori di efficienza:

- rispetto della programmazione nazionale;
- indicatori costi medi;
- deve riportare i standard relativi ai posti letto e del tasso di ospedalizzazione;
- gli standard del costo e del numero del personale impiegato;
- standard di struttura in riferimento soprattutto ai posti letto disponibili;
- standard di efficienza.

Ciò fa comprendere che l'accreditamento si basa su una quantificazione dell'offerta, sul controllo della spesa e sui standard minimi che permettono alla struttura di erogare il servizio.

Le modalità previste per l'accreditamento variano in base alle Regioni in quanto alcune, come nel caso del Veneto, prevedono la stessa procedura sia per le strutture socio-assistenziali che sanitarie, mentre altre Regioni hanno previsto solo per il sociale le procedure di autorizzazione e accreditamento.

Per quanto concerne i servizi residenziali o semi-residenziali l'iter per ottenere l'accreditamento è contenuto nella legge 328/2000, procedura seguita per i vari servizi assistenziali del terzo settore(Buracchio,2009). La procedura da seguire è simile a quella prevista per gli istituti che erogano servizi per conto del Sistema

Sanitario Nazionale. Per quanto concerne l'iter da seguire la norma prevede che sia il Comune a rilasciare l'autorizzazione qualora la struttura rispetti i requisiti regionali e i requisiti minimi nazionali. La norma oltre a prevedere l'accreditamento delle strutture prevede che esse predispongano la carta dei servizi in quanto rende riconoscibili i requisiti di qualità della struttura. La necessità di creare sistemi di verifica della qualità all'interno dei servizi che erogano assistenza nasce dalla diversa concezione dell'utenza che si trova nella legge 328/2000 in cui l'utente non viene solo visto come portatore di un bisogno ma viene riconosciuto come persona che porta con sé delle sue specificità. Per quanto concerne la teorizzazione dei requisiti minimi di autorizzazione è lo Stato a definirli, al quale spetta anche il compito di indicare le politiche sociali da seguire. Per quanto concerne l'accreditamento sono i Comuni a verificare se il servizio possieda gli standard minimi, invece alla Regione, considerando i requisiti minimi previsti dallo Stato, indica quali sono i criteri minimi per ottenere l'accreditamento(Bottari,2013). Tale sistema di verifica permette al servizio di essere maggiormente competitivo all'interno del mercato e permette agli utenti di avere garanzia di accedere a un servizio di qualità.

Per ciò l'accreditamento e il Marchio Q&B puntano a creare all'interno dei servizi una spinta al miglioramento continuo che permetta di creare un servizio che risponda al meglio ai bisogni dell'utenza. Entrambi i modelli si basano su determinati standard che la struttura deve rispettare, ma si differenziano in quanto l'accreditamento fa riferimento a criteri definiti a priori invece il Marchio Q&B fa riferimento a standard creati coinvolgendo i soggetti interessati in modo tale da poter adottare criteri di qualità che tengano conto delle caratteristiche del contesto. Inoltre, nel momento in cui si procede con l'accreditamento viene indagata la soddisfazione degli utenti ma essi non partecipano attivamente alla valutazione del servizio come avviene all'interno del Marchio in cui gli utenti insieme al valutatore costruiscono la valutazione.

2.3.2 Certificazione

La certificazione consiste in norme elaborate da tre enti i quali operano a livello internazionale, europeo e nazionale. L'Organizzazione Internazionale per la

Normazione (ISO) (Zaggia, 2019) è l'istituto che opera a livello internazionale, nato nel 1946 per volontà di 25 paesi al fine di unificare le norme riguardanti sia il settore economico che della tecnologia. A livello europeo si trova il Comitato Europeo di Normazione (CEN) fondato nel 1961 con lo scopo di garantire il libero scambio delle merci, la tutela dei lavoratori e dell'ambiente, come per l'ISO anche tale istituto ha il compito di armonizzare e creare norme relative ai sistemi di gestione. A livello nazionale l'organismo che elabora norme tecniche è l'Ente di Normazione Italiano (UNI), fondato nel 1921 con sede a Milano, rappresenta l'Italia sia a livello europeo che mondiale e gestisce le norme che garantiscono il mercato unico.

Le norme, cioè dei precetti che contengono i requisiti tecnici che un prodotto o servizio deve possedere, che si occupano di certificazione vanno a definire quali sono gli standard a cui il prodotto o servizio si devono adeguare. La richiesta per ottenere la certificazione si è incrementata in vista del raggiungimento di una maggiormente competitività all'interno del mercato in modo tale da essere più flessibili anche per rispondere alle sfide economiche, sociali e ambientali che interessano sia a livello locale che globale (Andreini, 2004). Ma anche perché l'organizzazione stessa ne trae vantaggi per quanto concerne la delucidazione sugli obiettivi che vuole raggiungere e per un aumento della trasparenza dei processi organizzativi. Ciò porta a teorizzare una nuova cultura della qualità, che come si è detto, si basa sul rispetto delle persone ma anche dell'ambiente ciò porta al consolidarsi della qualità competitiva che consiste nella capacità dell'impresa di allineare i suoi sistemi alle esigenze delle persone e della società. Per cui tali norme vanno ad analizzare l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione dove la prima fa riferimento a come le risorse sono state usate e la seconda verifica se i risultati prefissati sono stati raggiunti. L'efficacia, inoltre, si suddivide in interna, la quale è riferita alla capacità dell'organizzazione di raggiungere i risultati prefissati, ed esterna intesa come la capacità di soddisfare i bisogni dei clienti o degli utenti. Inoltre, la possibilità per un servizio o prodotto di ottenere la certificazione è di creare fiducia che il servizio rispetti i requisiti richiesti, ciò non interessa solo l'utenza ma è un valido strumento per dimostrare la propria credibilità durante la procedura di accreditamento.

L'acquisizione delle norme da parte di un privato o di un ente pubblico può essere obbligatoria dove troviamo i requisiti essenziali e volontaria in cui sono gli operatori che decidono spontaneamente se adottarle. Come si è detto la verifica delle conformità viene effettuata da un terzo soggetto, il quale per esercitare tale attività deve ottenere l'accreditamento. In Italia per rispondere a tale scopo nel 2009 viene creata Accredia, dalla fusione tra il Sistema Nazionale per l'Accreditamento dei Laboratori (SINAL) e il Sistema per l'Accreditamento degli Organismi di Certificazione e Ispezione, la quale assicura l'imparzialità e la competenza degli organismi di certificazione.

L'esame del rispetto di standard di qualità viene effettuato anche all'interno del Marchio Q&B che può essere definito come modello di valutazione della qualità, in cui un ente terzo procede alla valutazione del soggetto attraverso una serie di verifiche che, come si vedrà in seguito, a percorso concluso formeranno il punteggio assegnato a quel determinato valore.

Per cui le norme UNI EN ISO si occupano di certificare la qualità dei sistemi presso enti eroganti servizi formativi o sanitari, ma anche quei sistemi che tutelano la qualità sociale e ambientale. Principalmente la norma che si occupa di certificare i sistemi di gestione della qualità sia per i prodotti che per i servizi è la ISO 9001 in cui un terzo soggetto esamina l'organizzazione che richiede di avere tale riconoscimento. Tale norma indica le strade che permettono la realizzazione di un sistema di qualità che sono: un adeguato orientamento al cliente, leadership la quale deve avere come obiettivo la promozione della collaborazione tra i soggetti che operano all'interno dell'organizzazione così che si raggiungano gli obiettivi prefissati, promuovere una piena partecipazione delle persone a tutti i livelli organizzativi, una continua focalizzazione sul miglioramento, processi decisionali basati sull'uso di dati e informazioni raccolte e una gestione proficua delle relazioni con i fornitori (Di Girolamo, 2020). Come si è già detto le norme ISO possono riguardare anche il settore dei servizi sia in ambito formativo che sociale. Tali norme sono la norma ISO 11034: 2003 *"Servizi all'infanzia- Requisiti del servizio"* la quale predispone i requisiti che i servizi d'infanzia devono possedere per ottenere la certificazione e la norma UNI 11010:2016 *"Servizi socio-sanitari e sociali per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle"*

persone con disabilità- Requisiti del servizio” in cui sono riportati i requisiti che un servizio rivolto alle persone con disabilità deve rispettare anche per promuoverne l’inclusione. Le norme ISO, inoltre, regolano anche la qualità sociale e ambientale, la norma UNI EN ISO 26000:2010 “*Guida alla responsabilità sociale*” in cui si incentiva l’organizzazione ad adottare modelli di sviluppo sostenibile e di sviluppare una piena responsabilità sociale, invece, la norma UNI EN ISO 14001:2015 “*Sistemi di gestione ambientale- Requisiti di servizio*” essa indica i requisiti che un sistema di gestione ambientale deve possedere per poter incrementare le sue performance le quali devono promuovere la sostenibilità ambientale.

Per quanto concerne l’ambito dei servizi, e quella di maggior interesse per il campo di applicazione, è la norma UNI 10881:2013 “*Assistenza residenziale agli anziani- Requisiti del servizio*” la quale si occupa di riportare i requisiti che un servizio assistenziale rivolto agli anziani deve rispettare. Quest’ultima norma verrà trattata maggiormente poiché la sua utilità è rivolta ai servizi per anziani come lo è il Marchio Q&B. Sia la norma che il Marchio promuovono un tipo di assistenza personalizzata dell’utente in cui si considerano le caratteristiche della persona e i suoi bisogni. Per cui ciò che accomuna entrambi è che essi promuovono la partecipazione dell’utente e dei familiari nel momento della stesura del piano assistenziale, inoltre, promuovono l’uso di azioni volte a mantenere l’autonomia residua. Altro elemento che le accomuna è che entrambe si basano su standard di qualità che la struttura è chiamata a rispettare in vista di un miglioramento continuo.

Per cui poiché l’elaborato si interessa dei servizi rivolti a un’utenza anziana la norma UNI 10881:2013 verrà riportata per intero:

-Scopo e campo di applicazione

La norma riguarda gli enti che erogano servizi residenziali ad azioni di natura assistenziale o socio-sanitaria a livello nazionale. La direttiva può essere applicata alle mono strutture, cioè residenze specializzate per gravità e condizioni degli anziani e alle strutture polifunzionali, le quali sono suddivise in nuclei pre gravità degli anziani. Tali strutture per poter accedere a tale norma devono essere

integrate con i servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio, ed aver ottenuto l'autorizzazione e l'accreditamento.

-Riferimenti normativi.

La norma presenta come riferimento le norme UNI EN ISO 9000 e 9001 le quali si occupano dei sistemi di gestione della qualità.

-Termini e definizioni.

La norma non si limita a riportare le definizioni presenti nella UNI EN ISO 9000, ma vengono contestualizzati tali termini: utente, caso, committente, équipe multi professionale, organizzazione per nuclei, protocollo operativo, risultato, salute, struttura erogatrice, valutazione multidimensionale.

-Requisiti di servizio

In cui sono riportati i requisiti generali i quali sono riportati all'interno di un documento che deve contenere le regole per l'erogazione del servizio, offrire servizi per il mantenimento dell'autonomia, l'uso di procedure per trattare l'alzata, la mobilitazione, l'igiene personale e così via, e infine assicurare il controllo dei processi. All'interno dei requisiti di servizio sono inoltre riportati i seguenti punti che l'ente deve rispettare: la definizione della mission, l'esplicitazione della politica e dei risultati, informazione utile per controllare il servizio, fase di ammissione in cui devono essere individuate le modalità, fase di inserimento dove è richiesta la nomina di un responsabile che si occupi di tale punto, progettazione individualizzata e piano personalizzato, realizzazione del servizio e verifica dei risultati dove sono riportate le modalità di applicazione del piano personalizzato, le modalità nel caso in cui si tratti di assistenza temporanea, vengono anche chiarite le modalità di dimissione, attività comuni le quali devono essere adeguatamente programmate, definizione di ruoli e responsabilità utili per esaminare il servizio, infine riporta i requisiti che deve possedere il personale verso il quale la direzione deve attuare azioni di monitoraggio dell'appropriatezza, coinvolgerlo nel raggiungimento dei risultati e formarlo perché possa gestire in modo proficuo le relazioni con colleghi e anziani.

-Progettazione dei servizi innovativi.

Per favorire la progettazione dei servizi si deve: fare una raccolta dei dati di base i quali devono provenire sia dall'interno che dall'esterno, sulla base dei dati raccolti va definito le specificità del servizio e i modi di realizzazione, nella fase di realizzazione l'ente deve effettuare un riesame, verifica e validazione del progetto, infine il servizio va controllato attraverso controlli periodici.

Il Marchio Q&B si discosta dalla procedura di certificazione appena presentata per le stesse cause presentate nell'accreditamento, in quanto il Marchio incentiva il raggiungimento della qualità attraverso una conoscenza approfondita delle caratteristiche del contesto in modo tale da trovare le azioni di miglioramento adatte.

2.4 IL MARCHIO QUALITÀ E BENESSERE¹

Il Marchio Q&B si presenta come un progetto di valutazione della qualità all'interno delle residenze per anziani nato nel 2005 con la collaborazione dell'Unione provinciale istituzioni per l'assistenza (UPIPA-s.c.) di Trento e la Kairos s.p.a di Padova. Il progetto coinvolse inizialmente tra il 2006-2008 solo le società che già hanno una collaborazione attiva con UPIPA, per poi successivamente essere esteso a tutte le regioni che vi hanno aderito volontariamente. Nel 2010 il Marchio Q&B viene registrato presso la Camera del commercio di Venezia e riconosciuto come sistema di valutazione volto a migliorare la qualità e il benessere dei servizi alla persona(Iurlaro,2015). Nel 2001 rientra all'interno della lista dei marchi della qualità del Ministero per lo sviluppo economico e dal 2015 la società Qualità e Benessere acquisisce tale marchio impegnandosi a diffonderlo e a svilupparlo. Il Marchio Q&B promuove un miglioramento continuo degli enti che si occupano dell'assistenza agli anziani attraverso un tipo di valutazione reciproca e partecipata che considera il punto di vista dell'utente, la comunità e promuove il confronto. Il modello non si sofferma solo sulla classica verifica documentale, ma permette una esplorazione del contesto di vita per capire quali sono quei aspetti che permettono al servizio di

¹ I materiali relativi al Marchio Qualità e Benessere sono stati resi disponibili dalla coordinatrice del Centro Servizi Anziani Pietro e Santa Scarmignan di Merlara.

promuovere il benessere dell'anziano. Tra gli stakeholders coinvolti nella valutazione al centro troviamo l'anziano in quanto viene visto come il soggetto principale che può dare una valutazione della qualità della vita e di cosa la struttura può migliorare, anche i suoi cari vengono coinvolti incoraggiando la partecipazione. Altro soggetto importante sono le persone che con diversi titoli lavorano all'interno delle strutture in quanto sono chiamati a valutare gli effetti delle loro attività sul benessere degli anziani e se questo si ripercuote anche nell'organizzazione stessa. Esso, inoltre, promuove la collaborazione fra le strutture aderenti in vista di un miglioramento continuo e lo sviluppo di competenze professionali.

Il marchio è composto da 12 valori, che si vedranno in seguito, i quali sono stati scomposti in 105 indicatori i cui dati sono raccolti attraverso documenti, l'ascolto di residenti e del personale e osservazioni ambientali. La valutazione avviene tramite un processo biennale ricorsivo ed è diviso per fasi:

- nella prima fase la struttura procede all'autovalutazione dando a ogni indicatore un punteggio che va da 1 a 10, l'ente deve riportare il motivo di tale punteggio e allegare una relativa relazione;
- verso il periodo estivo sono previste le visite da parte di un team di esperti composto da un esperto del modello, il quale garantisce l'imparzialità della valutazione, e da soggetti provenienti da altre strutture;
- durante la giornata di visita il team valuta il 40% degli indicatori esaminati durante l'autovalutazione, i quali sono selezionati tra i 12 valori, in parte per sorteggio e per richiesta dell'ente, la visita si compone di un momento di ascolto degli anziani e degli operatori e di osservazioni ambientali della struttura, durante l'ora dei pasti e delle attività proposte agli anziani;
- a conclusione di ciò il team attribuisce un punteggio agli indicatori il quale sarà messo a confronto con quello emerso durante l'autovalutazione eseguita dall'ente, in cui sarà indicato quanto l'estimazione sia attendibile e i possibili punti di miglioramento;
- a conclusione si prevede l'organizzazione di incontri pubblici in cui si presentano i risultati e le buone prassi messe in luce ;

- a termine dell'anno dispari le strutture definiscono i programmi di miglioramento per l'anno successivo.

Durante l'anno pari l'ente ha due possibili strade da seguire o esegue il processo di benchmarking descritto o può attuare un programma di scaffolding che consiste in un piano di miglioramento impostato. E' prevista l'attuazione, per quelle strutture che prevedono un nucleo apposito per persone affette da demenza, di un piano di valutazione basato sul modello Qualità e Benessere Dementia Friendly.

Il Marchio Q&B permette di misurare ciò che è importante e consente alle strutture di implementare la loro capacità di autovalutazione per renderla obiettiva. Come si è visto promuove il coinvolgimento degli anziani e dei lavoratori, questi ultimi è buona pratica coinvolgerli nel processo di autovalutazione poiché essi sono i primi a incoraggiare la qualità della vita. Promuove la collaborazione tra le diverse strutture aderenti permettendo il confronto per apprendere dalle varie esperienze in modo tale da innescare meccanismi di miglioramento continuo.

2.4.1 La gestione del modello e presentazione Q&B Dementia Friendly

Il Vademecum ha lo scopo di presentare il funzionamento della valutazione e dell'autovalutazione esponendo le caratteristiche dei vari strumenti utilizzati e la loro gestione, per ciò lo si può interpretare come un documento guida insieme alla Carta dei Valori. Il Marchio Q&B, considerando lo sviluppo dei fattori di Benchmarking, il quale permette il confronto tra i vari enti per individuare le prassi migliori, di Scaffolding che si traduce in un supporto per attuare piani di miglioramento, è costituito da una forma ad albero così strutturato:

- i 12 fattori di qualità che rappresentano in modo sintetico gli aspetti che permettono di realizzare la qualità della vita;
- 36 determinati cioè le modalità specifiche con cui si manifestano i fattori in base al contesto in cui sono applicati, ne sono individuati 3 per ogni valore;
- 105 indicatori 3 per ogni determinate, i quali permettono di renderli misurabili. Sono composti da una propria denominazione, da una propria modalità di rilevazione e dai alcuni suggerimenti utili per essa, da una

colonna esito in cui inserire il punteggio assegnato e un apposito campo in cui giustificare il punteggio dato.

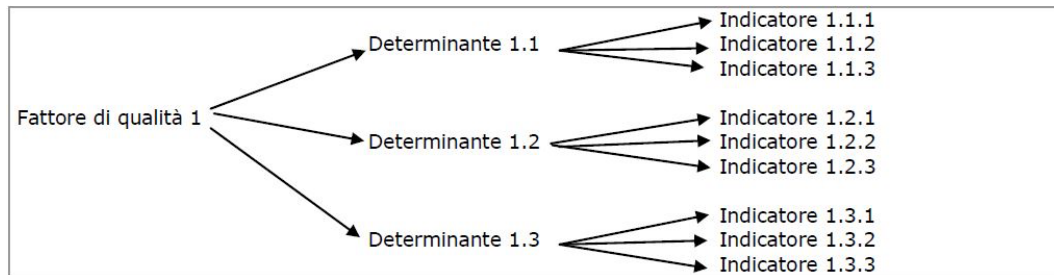


Figura 1- Rappresentazione del sviluppo del modello

A fianco dei vari indicatori è presente un'abbreviazione la quale indica le modalità di raccolta dei dati relativi all'indicatore e il numero di indicatori presenti. Queste sono diverse a seconda dell'indicatore e sono così suddivise:

- Verifica Documentale (VD) in cui la rilevazione si basa sulla documentazione della struttura, si basa sulla ricerca delle evidenze e coinvolge il personale sia nella fase di autovalutazione che di valutazione. Il tipo di documentazione può essere pragmatica, ad esempio verifica della carta dei servizi, o di tipo operativo come ad esempio la visione di cartelle individuali, il punteggio va riportato nell'apposito spazio della scheda di valutazione.
- Osservazione Ambientale (OA) si basa sulle impressioni dei audit, ogni valutatore deve eseguire tale modalità in modo indipendente assegnando il relativo punteggio agli indicatori il quale farà media con degli altri osservatori. Essi potranno prendere visione degli spazi comuni e di un campione delle stanze, è importante che prima di iniziare tale fase il valutatore abbia chiaro l'oggetto di valutazione. E' possibile usufruire di immagini o video di quanto osservato per tenerne ricordo.
- Osservazione Ambientale e Verifica Documentale (OVD) si tratta di un tipo di indicatori che comprendono entrambe le modalità di rilevazione, infatti per arrivare all'eccellenza si deve ottenere un punteggio alto in entrambi gli aspetti.
- Focus Group con i Residenti (FGR) alcuni indicatori sono raccolti usando tale modalità, gli anziani che vi partecipano sono scelti a campione.

- Focus Group con il Personale (FGP) per tale indicatore vale quanto riportato in precedenza. Per entrambi i focus si possono utilizzare apposite schede in cui riportare le parole chiave, i turni di parola e la mappa dell'interazione.








TIPOLOGIA	SIMBOLO	NUMERO
Verifica documentale (VD)		41
Osservazione ambientale (OA)		19
Osservazione diretta e verifica documentale (OVD)		15
Osservazione Etnografica (OE) <small>NB Modalità di osservazione a supporto dell'attività OA e OVD. Non è associato un indicatore specifico</small>		-
Focus group con il personale (FgP)		10
Focus group con i residenti (FgR)		20
Focus group con i familiari (FgF) <small>NB Applicabile in sola modalità Scaffolding e Dementia Friendly. Non è associato un indicatore specifico</small>		-

Figura 2-Modalità di rilevazione e indicatori relativi

Sono presenti altre due modalità di rilevazione il Focus Group con i Familiari usato principalmente dal modello “Dementia Friendly” e “Scaffolding” per poter aver una analisi dettagliata del contesto, e l'Osservazione Etnografica che non è prevista da nessun indicatore ma il suo fine è permettere una analisi del contesto e una integrazione con le due modalità di osservazione descritte precedentemente.

La parte di rilevanza del Marchio è la fase di autovalutazione che consente di ottenere una valutazione sui 12 fattori. La sua validità viene esaminata dagli Audit esterni tramite la scelta di un numero di indicatori e determinanti scelti a campione. L'organizzazione delle modalità di autovalutazione compete al Referente dell'Autovalutazione formato come Audit del Marchio che partecipa come valutatore presso le altre strutture. Ad autovalutazione conclusa i dati

raccolti sono inseriti all'interno del Portale del Marchio in cui si genera un Report di autovalutazione il quale aiuta gli Audit esterni a comprendere le modalità di esecuzione e le eventuali difficoltà incontrate. E' composto da un frontespizio in cui è indicato il nome dell'ente, una prima sezione dove sono segnalati i determinanti in cui si è eccelsi e su cui si vuole essere rivalutati, riportando la presenza di un piano di miglioramento e le difficoltà emerse nei gruppi di emersione, è presente anche una seconda parte in cui è possibile riportare le buone prassi non emerse. Nella seconda sezione sono riportate le indicazioni per la giornata di valutazione. La terza sezione è dedicata ad una descrizione qualitativa dei fattori in cui sono indicati i punti di forza e i possibili miglioramenti, inoltre vengono riportate le modalità di rilevazione degli indicatori. Nell'ultima sezione sono inserite informazioni utili agli Audit esterni relative ai fattori, i nominativi del gruppo di autovalutazione e il periodo di svolgimento.

Per ottenere una autovalutazione esaustiva è importante che il gruppo incaricato sia composto da un'equipe multi professionale e che i gruppi di emersione e le modalità di osservazione siano dilazionate nel tempo. Il team di autovalutazione può essere composto da un minimo di 3 persone e da un massimo di 8-10 componenti i quali decidono le modalità di svolgimento, ad esso può partecipare il Presidente o il rappresentante del Consiglio di Amministrazione cosicché da poter avere un quadro chiaro di come viene svolta. Per quanto riguarda il personale può essere scelto in base all'oggetto di valutazione, su base volontaria e secondo il principio di rotazione tra operatori.

Le modalità e i tempi con cui viene svolta l'autovalutazione possono essere così riassunti:

1. Individuazione del Referenti dell'autovalutazione
2. Creazione del team multiprofessionale
3. Comunicazione interna riguardante l'approvazione dei valori del Marchio, spiegazione dell'autovalutazione e delle modalità con cui verrà eseguita
4. Condivisione delle schede di autovalutazione e avvio delle attività di indagine, è prevista la possibilità di assegnare schede diverse a gruppi diversi di operatori

5. Inserimento dei dati raccolti e delle evidenze trovate all'interno del Portale, in questa fase è prevista la scelta dei determinanti su cui si vuole essere valutati e la stesura del Report di Autovalutazione
6. Chiusura autovalutazione e richiesta di attuazione della fase audit.

In riferimento al punto 5 la scelta dei determinanti non riguarda le dimensioni del Gusto e della Vivibilità poichè possono essere valutati solo da audit esterni.

Ad autovalutazione conclusa viene prodotto un report in cui si riportano i punteggi assegnati, la creazione di un archivio in cui riportare le immagini di quanto raccolto durante le fasi di osservazione e un documento di revisione dei piani di miglioramento che deve essere attivo tra la data di inizio e fine dell'autovalutazione e riportare i progressi fatti.

2.4.2 I 12 valori del Marchio Q&B

Come si è detto precedentemente il Marchio è formato da 12 valori che sono: Rispetto, Affettività, Umanizzazione, Gusto, Libertà, Vivibilità, Socialità, Comfort, Operosità, Autorealizzazione, Salute e Interiorità, i quali sono riportati all'interno della Carta dei Valori in cui per ogni valore viene spiegato il suo significato, le azioni che ci si impegna a intraprendere e come ciò si ripercuote nell'anziano. Di seguito verrà riportata una breve descrizione dei 12 principi:

Rispetto

Cioè la possibilità di veder riconosciuto dalla struttura i propri tempi, ritmi, dignità della persona, privacy e così via. Le azioni possibili sono cambiare l'assetto organizzativo in modo tale da poter adattarsi ai ritmi di vita dell'anziano, rispettare la dignità e l'intimità soprattutto nei momenti della giornata in cui si prevede un contatto diretto, ad esempio durante il momento dell'igiene, incoraggiare la comunicazione tra i vertici, gli anziani e i familiari raccogliendo reclami e facendo in modo che il Direttore sia conosciuto. Tali azioni per l'anziano si traducono nella possibilità di adeguare le attività dell'organizzazione secondo i tempi della persona, vedere rispettati i propri stati emotivi anche se non compresi. Ciò consiste nell'uso approcciandosi non intrusivi volti a promuovere la dignità della persona.

Fattore	Determinante	Indicatore	Tipo
1. Rispetto	1.1 - Rispetto delle esigenze del residente	1.1.1 Personalizzazione degli orari quotidiani	VD
		1.1.2 Percezione della effettiva personalizzazione degli orari	FgR
		1.1.3 Orientamento organizzativo alla personalizzazione degli orari	FgP
	1.2 - Rispetto della riservatezza e della dignità della persona	1.2.1 Attenzioni e strumenti per garantire la riservatezza	OA
		1.2.2 Presenza ed attuazione di indirizzi per la tutela della riservatezza e della dignità dei residenti	VD
		1.2.3 Attenzione da parte personale del rispetto della dignità e della riservatezza	FgP
	1.3 - Attenzione istituzionale alla persona	1.3.1 Facilità di contatto tra residenti e vertici istituzionali dell'ente	OVD
		1.3.2 Percezione dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente	FgR
		1.3.3 Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura	OVD

Figura 3- Rappresentazione della griglia di valutazione in cui sono riportati il valore di riferimento, i suoi determinati, i relativi indicatori e le modalità di raccolta dei dati

Autorealizzazione

Tale valore si traduce nel riconoscimento e nella realizzazioni delle passioni, dei desideri, delle aspirazioni che permettono all'anziano di sentirsi soddisfatto e appagato, valicando asseconda della situazione le complicità dovute alla malattia. L'ente attuando tale valore può creare momenti di sviluppo in cui l'anziano possa coltivare le sue passioni, fare nuove esperienze e autorealizzarsi, mettendo al centro la sua storia personale e individuando le sue potenzialità, ciò fa sentire l'anziano unico e incoraggiato a prendersi cura di sé. La cura di sé passa anche dalla scelta del vestiario e del trucco in modo tale che il residente si senta a suo agio. La possibilità di tenere vive certe abitudini consente al senile di mantenere viva la sua identità, dandogli la possibilità di esprimersi in contesti in cui il disorientamento dovuto alla demenza sia irrilevante. Per quanto riguarda la cura della persona l'anziano va assistito in tali momenti creando un clima piacevole e sicuro in cui esso possa attuare liberamente le sue scelte per quanto riguarda cosa indossare, taglio dei capelli ecc., tale scelta però dovrà rimanere viva anche quando a causa dell'aggravarsi della malattia non potrà più esprimersi.

Operosità

La possibilità di vedere riconosciute le proprie abilità, capacità, competenze e le attitudini nell'agire quotidiani e nel tempo libero. L'ente si impegna a considerare le capacità che i residenti ancora possiedono considerando in tale valutazione anche la loro autonomia e non solo la demenza. Tali capacità possono essere recuperate o mantenute attraverso azioni, inserite nel quotidiano, rivolte al singolo e a piccoli gruppi le quali devono tenere conto delle preferenze della persona. Tali azioni non devono essere imposte ma devono essere liberamente scelte dall'anziano, inoltre è importante che esso possa dare suggerimenti sulle

varie attività del quotidiano. Per la persona anziana tutto questo si traduce nell'avvio di attività occupazionali, tali attività manuali consentono l'affaccendamento e fanno sentire l'anziano competente.

Affettività

Si traduce nel mantenimento e creazione di relazioni sia con chi è presente in struttura ma anche con chi è esterno. La struttura è chiamata a facilitare la creazione di tali legami creando uno spazio che favorisca i piccoli gruppi e permettendo che l'anziano possa uscire per ricongiungersi ai suoi familiari, inoltre ove è possibile viene consentito di accudire animali da compagnia. Tale valore permette di valorizzare la storia di vita dell'anziano in modo tale da permettere una conoscenza approfondita della persona e un riconoscimento di quei oggetti e ricordi importanti per lui. Le azioni usate consentono il rispetto delle antipatie e simpatie della persona in quanto le relazioni significative possono essere uno stimolo per il benessere, inoltre, permettono di riconoscere l'affetto verso alcuni oggetti e utilizzare come mezzo di dialogo anche la comunicazione non verbale. Tale valore consente una legittimazione degli stati emotivi vedendoli come espressione dell'essere della persona e permette agli operatori di conoscere le storie di vita dell'anziano, facendo attenzione a cogliere le abilità che ancora conserva.

Interiorità

Intesa come la facoltà di poter usufruire di spazi adeguati per il raccoglimento spirituale garantendo a tutti la possibilità di accedere a tali spazi e di un regolare supporto da parte di un ministro del culto. Il valore dell'interiorità si esprime anche attraverso la creazione di un servizio psicologico utile per accogliere la situazione di dipendenza che l'anziano vive. Tale valore è collegato alla creazione di percorsi dedicati all'accettazione del fine vita, sostegno rivolto sia al residente che ai familiari, il quali sono incentivati a considerare le ultime volontà della persona. Tutto questo per l'anziano si traduce nella partecipazione a momenti religiosi, dare la possibilità di elaborare la perdita di autonomia e i cambiamenti che ne conseguono tale servizio è rivolto anche ai familiari, cogliere il bisogno di spiritualità della persona attraverso ambienti che permettano il suo benessere psicologico.

Comfort

E' la possibilità di creare uno spazio fisico che congiunga i bisogni della persona con la vita in comunità dando attenzione alla dimensione familiare. E' inteso come la creazione di un ambiente il più possibile accogliente e caldo che si allontani dall'aspetto di un ospedale per avvicinarsi a quello di casa. Il valore del Comfort si collega anche alla possibilità di usufruire del verde rendendolo facilmente accessibile e visibile a chi è allettato. Per l'anziano ciò vuol dire usufruire di un ambiente sicuro che tenga conto delle sue caratteristiche in cui per lui sia facile orientarsi in modo tale che esso possa muoversi in libertà così da preservare un certo grado di autonomia, a tal proposito risulta utile l'uso della tecnologia.

Umanizzazione

Tale valore riguarda l'aspetto umano e relazionale dell'assistenza, ciò si può tradurre con il dare rilievo al momento dell'ingresso conoscendo prima la persona che sta per entrare in struttura mostrando empatia per le emozioni che tale passaggio può suscitare. Tale valore si concretizza con l'uso del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I) il quale è il mezzo per creare un effettivo progetto individuale e personale, il successo del P.A.I dipende dagli operatori i quali vanno responsabilizzati nell'uso di tale strumento permettendogli di riconoscere l'anziano da una descrizione delle sue capacità e dalla sua storia, le quali devono essere inserite all'interno del piano. La responsabilizzazione degli operatori passa anche dalla coscienza dell'importanza della relazione, i quali devono possedere gli strumenti adeguati per gestirla, e su una riflessioni sulle loro scelte e sui comportamenti. Inoltre tale valore si riconosce anche nella promozione del modello bio-psico-sociale in cui la demenza, o la malattia di cui la persona soffre, non è la sua caratteristica principale.

Per l'anziano ciò si traduce in un uso dell'empatia da parte degli operatori, in modo che esso possa sentirsi compreso, i loro familiari possono essere coinvolti nella lettura dei feedback che egli dà così da favorire una personalizzazione dell'intervento.

Socialità

In tesa come la capacità della struttura di diventare un luogo aperto alla comunità in modo tale da consentire all'esterno di entrare e all'interno di uscire. Per fare ciò è importante creare reti di relazione che permettano gli anziani di mantenere le loro relazioni sociali, anche con i familiari, ma anche che consenta di far conoscere la struttura come luogo di opportunità. Il valore della Socialità passa anche dall'incontro intergenerazionale, infatti è importante che l'ente investa su azioni di volontariato o servizio che favoriscano l'incontro tra le diverse generazioni. Inoltre, l'apertura verso la comunità passa dal conoscere la demenza in modo che la presenza della persona affetta da demenza venga accolta.

Salute

La capacità di erogare prestazioni da parte di personale qualificato il quale è chiamato a creare una personalizzazione dell'assistenza evitando accanimenti terapeutici. Ciò vuol dire che all'interno del piano terapeutico, oltre ad attuare le azioni di prevenzione, diagnostiche e terapeutiche, si deve considerare anche l'impatto sulla qualità della vita. L'ente è chiamato ad una analisi rischi sanitari e assistenziali in cui si deve considerare il contesto di vita dell'anziano e non essere una semplice applicazione burocratica. Il piano terapeutico è importante che sia condiviso all'interno dell'equipe e che sia usufruibile dall'anziano stesso e dai suoi familiari rispettando le norme sulla privacy. Evitare l'accanimento terapeutico si traduce nel considerare il disturbo che manifesta l'anziano come una comunicazione del suo disagio, ridurre l'uso di farmaci privilegiando le terapie non farmacologiche nel governo delle problematiche che possono avere misurando i benefici che le due terapie possono dare ed eseguire interventi riabilitativi asseconda della consapevolezza della persona.

Libertà

Tale valore si può concepire come un agire in autonomia e libertà, entro certi rischi, rispettando gli altri e partecipando alle decisioni della vita quotidiana. Si prevede la possibilità di ridurre l'uso di strumenti di contenzione in quanto nel momento in cui l'anziano manifesta un disturbo del comportamento l'operatore deve impegnarsi a limitare l'uso di tali strumenti e comprendere le sue emozioni. L'uso di una minore contenzione fa in modo che il nucleo non diventi un luogo di limitazione. Anche i familiari sono coinvolti nella promozione dell'autonomia

dell'anziano con un passaggio che porta ad accettare il nuovo stadio in corso anche in vista di una maggiore tutela. Gli operatori sono chiamati a tutelare le libertà e l'autonomia dell'anziano anche nel momento in cui esso non possa più esprimersi.

Gusto

Il valore del Gusto si collega alla facoltà di poter usufruire di un tipo di ristorazione che sia sana, completa, vicina al gusto degli anziani e alle loro condizioni di salute, la quale permetta momenti di socialità. Ciò vuol dire dare valore al momento del pranzo per favorire la stimolazione delle capacità sensoriali, cognitive e psicologiche. E' importante che si studi un adattamento al menu così che anche gli anziani con difficoltà nell'alimentazione possa vivere tale momento con benessere. Le righe precedenti fanno capire quanto il momento dei pasti possa essere significativo, l'ente può adottare alcuni accorgimenti per cui l'orario dei pasti può diventare flessibile e si possono usare elementi che ricordino emozioni positive di tali momenti.

Vivibilità

Intesa come l'impegno di creare un ambiente caldo e accogliente, in cui sia facile orientarsi e esprimere se stessi senza essere di disturbo agli altri. Il valore della Vivibilità si realizza attraverso una continua formazione del personale, poiché come si è visto le azioni che intraprendono possono influenzare il benessere della vita dell'anziano. Inoltre, si auspica la creazione di un clima positivo che promuova la soddisfazione dei lavoratori, fiducia da parte della persona anziana in quanto si sente ascoltata e dei loro cari per ciò risulta rilevante attuare un monitoraggio del clima per avere uno sguardo complessivo sul servizio. Tutto ciò per la persona affetta da demenza si traduce in una comprensione di come percepisce la realtà, comprensione resa possibile dai continui aggiornamenti degli operatori, prevenire i comportamenti negativi conoscendo la persona ed assicurare un ambiente rilassato.

Le righe precedenti sono una presentazione dei 12 valori all'interno del Marchio Q&B. Si possono individuare alcuni punti di forza nel Marchio che si collegano alla promozione ad una collaborazione delle varie strutture che permetta di apprendere l'una dalle altre così da potersi migliorare concentrandosi sugli esiti e

le buone prassi che favoriscano la qualità e il benessere. I punti deboli del Marchio stanno nell'impegno della struttura dal punto di vista organizzativo, poiché l'adesione non può essere meramente burocratica ma richiede che i soggetti coinvolti si mettano in gioco, ciò comporta che l'ente in caso di crisi interna possa rinunciare ad aderirvi. Inoltre perché il Marchio funzioni bene il soggetto gestore deve avere buone competenze professionali e promuovere la collaborazione. L'ultimo punto debole si collega al deterioramento cognitivo dell'anziano che rende difficile il coinvolgimento di quest'ultimo. In generale però il Marchio Q&B viene riconosciuto con un buon catalizzatore di buone prassi.

2.4.3 La fase di Audit- La valutazione reciproca

Tale fase consente il confronto e la validazione dell'autovalutazione eseguita, essa si basa sull'individuazione delle migliori prassi realizzate dagli enti. Gli Audit durante la fase di valutazione non devono essere accondiscendenti e non utilizzare come metodo di paragone la struttura da cui provengono per cui essi devono essere oggettivi. Il responsabile del team di valutazione deve seguire le modalità e i valori del modello così che gli esiti siano equilibrati, inoltre il gruppo di valutazione può dare suggerimenti sulle eventuali migliorie da apportare. Gli strumenti usati per eseguire la valutazione sono il Portale del marchio e il Report di Audit. Come si è già visto il team di valutazione è composto da 3 valutatori provenienti da altre strutture e un valutatore esperto del marchio, nella creazione del team vanno considerati i fattori di genere, di ruolo che ricoprono in modo tale che la formazione sia equilibrata.

Durante la fase di valutazione reciproca l'aspetto rilevante è il tempo, per le modalità e le tempistiche il Vademecum dà delle indicazioni da poter seguire. Esso individua una prima riunione di apertura tra gli Audit ed i referenti della struttura in cui è prevista la presentazione della giornata, la comunicazione dei documenti di cui si prenderà visione, sorteggio degli anziani e degli operatori che parteciperanno ai focus group, definizione degli spazi per effettuare l'osservazione etnografica e la selezioni degli altri elementi da analizzare, il tutto della durata di 30 minuti, per passare all'attuazione del programma.

Gli Audit possono avvalersi dell'osservazione etnografica, inserita nel modello nel 2015, tale strumento permette di comprendere meglio l'ambiente. La durata dell'osservazione è di 30 minuti i valutatori si posizionano in un posto privilegiato in cui osservare quanto accade, sempre rispettando la privacy dell'anziano, si rilevano dati sul comportamento dei residenti, sulla relazione tra residenti e operatori, sui comportamenti degli operatori e sulla relazione tra i residenti. Non c'è la generazione di un punteggio ma si basa sulla percezione che di ha della qualità della vita all'interno della struttura. Si possono individuare tre luoghi principali in cui attuare l'osservazione etnografica: gli spazi in cui sono svolte le attività strutturate, luoghi di aggregazioni e siti di passaggio. All'auditor viene consegnata una scheda in cui riportare il setting in cui si trova descrivendone le caratteristiche, quindi la rumorosità, le attività che si svolgono e così via, nel retro vanno riportate le interazioni. A valutazione conclusa si producono i seguenti documenti:

- report di audit che verrà consegnato al referente;
- nel portale viene resa disponibile una visualizzazione grafica della valutazione in modo tale da comprendere la lontananza tra autovalutazione e valutazione;
- le schede e le mappe di interazione prodotte durante il focus group;
- il materiale di immagini e video realizzati;
- le eventuali buone prassi rilevate.

In sintesi la valutazione reciproca permette alla struttura di avere a disposizione un feedback immediato e ai valutatori di conoscere un ente diverso da loro.

Per quanto riguarda il Report di Audit permette di avere un quadro completo degli esiti della valutazione. E' composto da una prima pagina in cui viene riportata l'identificazione dell'ente, nella prima parte sono riportati i determinanti scelti per la rivalutazione, nella seconda parte viene riportato ciò che è emerso durante lo svolgimento dei focus, le parole chiave e se gli argomenti sono stati tutti esplorati. Nella terza parte sono riportati gli esiti, il discostamento tra valutazione e autovalutazione e se quest'ultima può essere convalidata o meno.

Successivamente sono riportati spunti di miglioramento e le eventuali anomalie da analizzare.

2.4.4 La gestione degli esiti della valutazione e dell'autovalutazione

Gli esiti acquistano di significato in base all'adesione al modello in un dato territorio e quanto minore è il distanziamento tra valutazione e autovalutazione. Gli esiti come si è detto sono inseriti all'interno di un database che permette di effettuare comparazioni distanti nel tempo, inoltre risulta utile per poter esaltare i risultati raggiunti. Si individuano tre strumenti utili per gestire gli esiti:

- report benchmarking si tratta di un breve rapporto redatto terminato il periodo annuale di valutazione, questo permette di confrontare gli esiti ottenuti dall'ente con i risultati medi di sistema e di avere un primo quadro del posizionamento all'interno del sistema. E' formato da cinque sessioni: una prima parte contiene il punteggio assegnato a ogni singolo indicatore, una sezione è dedicata ai report di autovalutazione e una ai report di valutazione, le ultime due sessioni sono dedicate alla raccolta delle buone prassi e ai piani di miglioramento;
- report annuale di sistema analizza l'andamento degli esiti della valutazione e dell'autovalutazione degli anni precedenti, promuove il confronto con altre regioni o strutture che aderiscono al modello e un confronto tra i vari fattori;
- repertorio delle buone prassi si tratta di una relazione che si concentra sulle buone prassi, tale report prevede una prima prassi dedicata alla storia di successo, una seconda dedicata alla possibilità di ripetere una metodologia nel tempo, una terza dedicata al decalogo per il miglioramento nel campo oggetto di approfondimento che consiste in linee guida che permettono di attuare i valori del modello e un'ultima parte dedicata al report annuale in cui si raccolgono le buone prassi e si danno indicazioni di sviluppo.

La gestione del database è affidata al soggetto gestore del modello, i dati sono inseriti tramite l'uso di schede a valutazione partecipata e autovalutazione conclusa e gli enti possono accedervi a e poter visionare i dati.

Per quanto concerne l'uso dei report e dei dati essi promuovono un confronto fra le varie strutture aderenti. Esso si muove su tre assi principali:

- confronto tra autovalutazione e valutazione serve per evidenziare la presenza di scostamenti tra le due tipologie di valutazione, agli enti serve per migliorare la propria autovalutazione invece ai gestori del modello acquisiscono informazioni sull'efficacia del team di valutazione, se si sono incontrate difficoltà nella gestione degli indicatori e individuare le varie migliorie da apportare;
- confronto dell'autovalutazione (o della valutazione se l'autovalutazione non è stata convalidata) con i risultati di sistema, e degli esiti dei diversi fattori (o tipi di indicatori) nei risultati di sistema questo serve per l'ente in quanto permette di avere chiari i punti di forza e le aree di miglioramento;
- confronto tra diversi sistemi viene usato per capire in che posizione l'ente si trovi rispetto agli altri enti aderenti al marchio.

A seguito dei risultati dell'autovalutazione, della valutazione e del confronto l'ente ha l'obbligo di adottare un piano di miglioramento per l'anno successivo, in modo tale da non vanificare il lavoro fatto. A valutazione conclusa è cura dell'ente rendere pubblici i risultati raggiunti, a tal proposito sono stati creati tre luoghi diversi che indicano i tre livelli su cui è organizzato il Marchio Q&B. Si dividono in:

- Partner Q&B si tratta di una qualifica assegnata alle strutture che non hanno svolto l'autovalutazione o che non è stata convalidata,
- Benchmarker Q&B si tratta del logo assegnato a quei enti che hanno aderito al marchio e che la loro autovalutazione è stata ritenuta idonea durante la valutazione reciproca;
- Best Performer Q&B nel fattore "nome_fattore" è un qualifica assegnata a quei enti che in un determinato fattore hanno ottenuto un punteggio superiore a 8,5 il quale deve essere confermato in sede di valutazione reciproca.

Compito dei gestori del modello è di rendere noti le strutture aderenti al modello tramite la carta dei valori e l'uso dei calendari per l'organizzazione della valutazione reciproca.

2.4.5 Supporto dei piani di miglioramento

In base alle richieste dell'ente e a seconda dei piani di miglioramento attuati è previsto l'inizio di piani formativi utili per rendere efficaci le azioni di miglioramento, permettono il confronto tra i vari enti aderenti. Il modello prevede una fase di accompagnamento ai piani di miglioramento il cui obiettivo è quello di comprendere insieme alla struttura lo stato di avanzamento e le eventuali azioni che si possono intraprendere. Per essere sicuri che l'obiettivo sia raggiunto il Vademecum da alcune linee guida:

- che la visita della struttura sia gestita dal team che ha condotto l'audit l'anno precedente
- si prevede l'uso di focus group con residenti e personale collegati ai piani di miglioramento
- il focus viene impostato sugli indicatori che sono collegati al piano
- i fattori Gusto e Vivibilità sono analizzati per verificare il livello di benessere.

2.4.6 Assegnazione dei punteggi agli indicatori

Come si è già detto in precedenza l'assegnazione del punteggio agli indicatori si basa su una scala che va da 1 a 10, tale scala viene usata sia per l'autovalutazione che per la valutazione. Il punteggio assegnato dal auditor, durante le due fasi di valutazione, fa capo alla sua esperienza del comportamento identificato come tipico, eccellente o scarso collegato all'indicatore che si sta analizzando. La metodologia usata si basa sulla distribuzione normale in cui i dati relativi alle variabili sociali si distribuiscono secondo una funzione che assume la forma di una campana. Per associare il punteggio da 1 a 10 alla distribuzione normale in cui si considera come media 5.5 e come varianza 1.5, questi fanno riferimento al 67% dei casi che si collocano nell'intervallo 4 e 7 ed indicano il comportamento che si attende normalmente. Per comprendere meglio a cosa è associato ciascun punteggio si propone di seguito una sua descrizione qualitativa:

- 1 e 10 valore come definito in etichetta
- 4,5,6,7 sono le diverse gradazione che può assumere la normalità
- 8 si distingue dalla normalità

- 9 tende all'eccellenza ed è di poco inferiore a quanto riportato in etichetta
- 3 performance inferiore da quello che ci si aspetta
- 2 performance scarsa

Come si è detto in precedenza a valutazione conclusa si esamina l'attendibilità della valutazione a cui viene assegnato un colore con i seguenti significati:

- Bianco: piena coerenza tra valutazione e autovalutazione, la differenza tra le due rientra nell'errore normale;
- Giallo sostanziale coerenza tra i due tipi di valutazione in cui ci può essere qualche imprecisione;
- Rosso non c'è coerenza tra autovalutazione e valutazione.

Si prevede la possibilità di ottenere una valutazione con riserva che consiste nell'avvio di un percorso utile per affinare la metodologia usata per l'autovalutazione, ad esempio può essere richiesto di ampliare il team, di formare il gruppo sulle varie metodologie, di partecipare alla formazione e così via. Inoltre la validazione dell'autovalutazione può essere senza riserva cioè quando 7 o più fattori sono in fascia di scostamento bianca e 5 in rossa in tale caso viene considerata attendibile, validata con riserva che si traduce nella presenza di 4 fattori in fascia di scostamento bianca e meno di 5 in fascia di scostamento rossa, ciò vuol dire che i fattori presenti nella fascia rossa devono essere massimo 4, in tale caso si ritiene lo scostamento entro i limiti dell'accettabilità, infine si ha la non validità quando 3 o meno fattori sono in presenti nella fascia bianca e più di 5 nella fascia rossa lo scostamento in questo caso non risulta essere entro i limiti di accettabilità.

Nel caso in cui gli enti ritengano di aver raggiunto un punteggio di 8,5 in un determinato fattore possono chiedere una analisi del report di autovalutazione per ricevere il riconoscimento della Best Performance. E' prevista la compilazione di una scheda in cui l'ente deve inserire quegli elementi utili per avere tale riconoscimento, che poi sarà resa disponibile agli altri enti aderenti al modello. La struttura per ricevere tale riconoscimento deve rispettare le condizioni che seguono:

- il fattore durante l'autovalutazione deve ottenere un punteggio superiore di 8,5;

- la convalida dell'autovalutazione deve essere senza riserva;
- la valutazione del determinante effettuata dal team audit viene inserita in fascia bianca con un punteggio superiore a 8,5.

Se l'ente ha ottenuto il riconoscimento della Best Performance in quel fattore l'anno precedente la valutazione dell'anno seguente non deve essere inferiore. Inoltre la struttura che ottiene tale qualifica può renderla pubblica specificando in quale fattore l'ha ottenuta e a creare occasioni di scambio con le altre strutture aderenti al marchio.

In conclusione uno degli obiettivi del Marchio Qualità e Benessere è far emergere la presenza di buone prassi le quali devono rispettare 5 requisiti:

- misurabilità cioè la possibilità di misurare l'impatto dell'iniziativa;
- innovatività qui si trovano tutte quelle azioni innovative messe in essere per migliorare i servizi;
- sostenibilità intesa come la capacità di saper usare le risorse esistenti;
- riproducibilità cioè la possibilità di riproporre la prassi in situazioni e luoghi differenti;
- valore aggiunto si riconosce un impatto positivo sulla vita dei residenti e sulla qualità della vita.

2.5 SVILUPPO DI UN NUOVO MODELLO DEL MARCHIO Q&B: Q&B DEMENTIA FRIENDLY

Come si è già accennato precedentemente tale modello viene utilizzato principalmente da quei enti che hanno nuclei dedicati a persone affette da demenza. L'adesione è rivolta perciò a chi ha dei nuclei strutturati per tali patologie ma possono aderirvi anche strutture che hanno anziani con demenza al loro interno. Le linee fino ad ora adottate non sono utilizzate all'interno del modello Dementia Friendly proprio a causa della degenerazione che la demenza porta. Quindi l'autovalutazione e la valutazione reciproca si basano su strumenti definiti (analisi documentazione, studi di caso, focus group, osservazione e osservazione etnografica) per poi passare ad una condivisione con il team, tale dinamica si distingue da quella presentata in precedenza in quanto il punto di

partenza sono i determinanti e gli indicatori, da cui poi si inizia il processo autovalutativo, che permettono di comprendere come viene percepito il benessere all'interno della struttura.

La struttura del modello Dementia Friendly si basa su 12 macro indicatori che si rifanno ai valori del Marchio Q&B. Gli strumenti usati per rilevare i macro indicatori sono l'osservazione documentale(OD)in cui si esamina la documentazione relativa all'uso dei diversi approcci alla demenza, l'analisi e studio di caso (ASC) in cui si sceglie un anziano e si ripercorre l'ingresso in struttura, l'osservazione ambientale ed etnografica (OA & OE) in cui si prevede l'uso di check list di osservazione, focus group personale e familiari (FGP & FGF). L'uso di check list durante le osservazioni permette di:

- incoraggiare le relazioni tra residenti, familiari e il personale;
- favorisce il stare bene;
- sostiene l'alimentazione e l'idratazione;
- incoraggia la mobilità;
- promuove continenza e l'igiene personale;
- permette l'orientamento;
- favorisce calma e sicurezza.

Nell'analisi dello studio di caso si basa sulla verifica documentale, tale analisi può essere sistematica in cui si analizzano le procedure di gestione, le consuetudini, lo sviluppo dell'accoglienza fino alla progettazione, la metodologia e gli aspetti valoriali. La seconda analisi di caso possibile si basa sulla persona in cui si analizza l'efficacia e l'efficienza delle azioni messe in campo per i singoli soggetti. L'analisi di caso si compone di 2 fasi, nella prima fase nel report di autovalutazione viene riportato il processo di accoglienza e le modalità di gestione della persona con demenza. All'interno del report una sezione è dedicata alla descrizione dell'anziano e delle varie attività, la documentazione di riferimento e le responsabilità di processo, inoltre vanno rese note le modalità di valutazione della demenza e dei disturbi del comportamento. La seconda fase prevede che il team esegua da sé uno studio di caso per verificare l'efficienza del processo. Gli esiti mettono in luce l'approccio che l'ente usa per promuovere il benessere dell'anziano. E' prevista in fase di Audit una prevalutazione della parte

sistematica in cui si esprime una opinione sulla documentazione disponibile segnalando i punti di forza ed eventuali dubbi.

Come nel caso precedente la struttura per eseguire l'autovalutazione deve nominare un referente formato sul modello che coordinerà il team di autovalutazione. Le attività di autovalutazione consistono:

- osservazione etnografica in cui si rileva se i valori del Marchio Q&B_DF sono messi in pratica;
- osservazione ambientale in cui ci si potrà valere delle check list;
- uso dei focus group con il personale dei familiari usando le apposite tracce che il modello mette a disposizione;
- esaminare i vari progetti iniziati e testare le competenze del personale in materia di demenza;
- esaminare le procedure di accoglienza e gestione dell'anziano.

Ad autovalutazione conclusa il team riporta quanto raccolto rispetto all'indicatore richiesto, mettendo in luce i punti di forza, cosa può essere oggetto di miglioramento e gli elementi alla base dell'impegno della struttura, i punteggi assegnati a ogni indicatore sono compresi tra 1 e 10. Successivamente il team procede alla stesura del Report di autovalutazione, in cui sono riportati le caratteristiche della struttura e del nucleo oggetto dell'autovalutazione, campo di applicazione di questa, presentazione dell'approccio metodologico usato, ipotetiche progettualità e azioni formative, modalità di autovalutazione, autovalutazione del processo, autovalutazione dei macro indicatori e le indicazioni operative della giornata di Audit.

Per quanto concerne la giornata di Audit il suo scopo è trovare le evidenze che possano convalidare quanto emerso dall'autovalutazione. Il team chiamato può usare l'autovalutazione della struttura, le 12 schede del modello Q&B Dementia Friendly e le check list per:

- ricercare evidenze documentali;
- usare come strumento l'osservazione ambientale ed etnografica;
- effettuare focus group con personale e familiari;
- osservare la quotidianità della persona scelta.

Inoltre, si vuole capire come la struttura garantisce una qualità della vita alle persone affette da demenza. Per ciò si prevede l'analisi della cultura degli operatori relativa alla malattia, percezione e coinvolgimento dei familiari, capacità di gestione del caso e le attenzioni specifiche che la struttura dà all'anziano e le eventuali criticità. Come si è detto la giornata di Audit prevede l'osservazione di una giornata tipo dell'anziano, infatti al team viene consegnata una lista degli anziani affetti da demenza con relativa valutazione. A questo punto viene estratto un residente e si fa una lettura della documentazione biografica e della storia di vita, dei documenti relativi all'assistenza e al PAI e dei strumenti organizzativi come diari e cartelle cliniche. Per effettuare l'analisi del caso è previsto una griglia in cui riportare i punti di forza e debolezza di quanto analizzato. Le altre attività previste nella giornata di Audit sono:

- ricerca delle evidenze collegate alle 12 schede del modello;
- momenti di osservazione ambientale ed etnografica;
- realizzazione di un focus group con personale e familiari;
- osservazione della vita quotidiana di uno degli anziani.

A conclusione della giornata di Audit è prevista la stesura di un report di valutazione, in cui si riporta una breve descrizione dell'Audit, ciò che emerge dai focus e dall'osservazione, i punti di forza e le criticità relative ai 12 valori e una valutazione numerica complessiva.

Sia nel modello appena presentato che in quello precedente risulta utile per ottenere un report dettagliato che la struttura descriva nel dettaglio i seguenti aspetti:

- le dimensioni e le caratteristiche infrastrutturali ad esempio riportando il numero dei nuclei;
- tipo di utenza;
- personale;
- intensità della somministrazione della contenzione;
- lesioni da decubito;
- contenzioni ecc.

Tale descrizione deve essere fatta al momento della prima adesione e va costantemente aggiornata.

3.LA RICERCA

3.1 OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'interesse per il Marchio Q&B è nato durante lo svolgimento del Servizio Civile presso la struttura in cui l'indagine si è svolta. Tale attenzione è scaturita grazie alla partecipazione agli Audit tenutesi durante i due anni e dall'impegno dell'organizzazione nel promuovere azioni che permettessero il benessere della persona. Inoltre, in riferimento all'emergenza ancora in corso che il personale stesso ha vissuto in prima persona, è nato l'interesse di indagare se anche in tale momento l'organizzazione ha messo in campo azioni volte a promuovere i valori che compongono il Marchio Q&B. Per indagare tali aspetti ci si è posti due domande fondamentali: "Qual'è la percezione che il personale del Centro Servizi ha del Marchio Q&B?" e se "I valori del Marchio Q&B sono sopravvissuti durante l'emergenza Covid19?"

Lo svolgimento della ricerca è avvenuto tramite la somministrazione di un questionario semi-strutturato in formato digitale somministrato attraverso lo strumento moduli di Google che, in accordo con la coordinatrice del servizio, si è deciso di inviare a tutto il personale che lavora all'interno dell'ente.

3.2 PRESENTAZIONE DEL CAMPIONE

Come si è detto in precedenza il Marchio Q&B nasce per essere applicato all'interno delle strutture per anziani, essendo il tempo a disposizione molto limitato per coinvolgere altre strutture aderenti si è deciso di svolgere la ricerca all'interno del Centro Servizi. L'idea di partenza si basa sull'uso di Focus Group, previsti sia durante l'autovalutazione che nell'arco dell'Audit, per indagare la percezione che gli anziani e il personale hanno del Marchio. Per via della situazione emergenziale corrente non si è potuto includere gli anziani in tale ricerca ma solo il personale al quale è stato somministrato il questionario semi-strutturato. Si è deciso di coinvolgere tale campione per via della conoscenza pregressa nata grazie allo svolgimento dei due anni di Servizio Civile, ciò ha permesso che alla base del rapporto tra ricercatore e il personale oggetto di studio ci fosse un rapporto di fiducia. Come si è detto nella fase di somministrazione si è

deciso di coinvolgere tutto il personale operante all'interno dell'ente, per cui: le figure professionali, la coordinatrice stessa, gli operatori socio assistenziali e il personale ausiliario, in quanto il Marchio Q&B prevede che alla promozione dei valori collaborino tutti coloro che prestano servizio nell'ente. Il campione per cui è composto da 43 persone e hanno provveduto a rispondere al questionario 33 di loro.

3.2.1 Presentazione del Centro Servizi Pietro e Santa Scarmignan

Il Centro Servizi nasce per volontà di Pietro Scarmignan il quale tramite testamento nomina il Comune di Merlara proprietario dei suoi beni affinché creasse una pensione per anziani inabili, la quale verrà denominata Ente nel febbraio 1950 approvandone lo statuto. Successivamente nel 1964 la Casa di ricovero viene nominata "Pensionato Pietro e Santa Scarmignan" per volontà del Presidente della Repubblica G. Saragat. Nel 2014 una modifica dello statuto porta il pensionato ad essere denominato "Centro Servizi Anziani Pietro e Santa Scarmignan" il quale conserva le caratteristiche attribuite agli Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB) elaborati all'interno della legge 6972 del 1890. L'ente basa la sua mission sulla promozione del benessere dell'anziano, accogliendo al suo interno sia persone non auto e autosufficienti promuovendo il rispetto della persona, delle sue esigenze e una adeguata qualità della vita. Il servizio perciò si propone di erogare un tipo di assistenza socio assistenziale avvalendosi dell'uso di progetti personalizzati, adottando una politica della qualità che si basa sui 12 valori che compongono il Marchio Q&B.

L'edificio ha una forma a ferro di cavallo ed è costituito da due piani in cui sono predisposte le sale comuni, l'infermeria, la sala polivalente in cui sono svolte le attività della giornata, la palestra, la sala tv, la cucina, il porticato e le dispense.

La struttura accoglie 4 nuclei (Ortensia, Stella, Salice e Farfalla) i quali sono suddivisi tra autosufficienti e non autosufficienti, anche se per motivi di spazio tale suddivisione non viene sempre rispettata.

I servizi proposti dalla struttura sono i seguenti:

-Servizi sanitari così suddivisi: assistenza medica che prevede le attività di diagnosi, cura, prevenzione, riabilitazione e certificazione; assistenza

infermieristica la quale si assicura una adeguata somministrazione dei farmaci, il monitoraggio delle condizioni di salute e il pronto intervento; servizio farmacia in cui l'ente assicura agli anziani non autosufficienti la fornitura di farmaci e presidi medici tramite apposita convenzione stipulata con l'ULSS 6 Euganea.

-Servizio socio assistenziale che si compone: servizio sociale che si occupa delle richieste di inserimento, svolge la funzione di segretario sociale e si occupa della tutela legale degli anziani, inoltre tiene il contatto con gli altri servizi sociali che seguono l'anziano prima dell'inserimento in struttura; servizio educativo il quale si occupa di favorire le relazioni dentro e fuori dalla struttura, propone attività in collaborazione con le varie realtà presenti nel territorio in modo da creare un ambiente dinamico; servizio assistenziale il quale viene garantito h24 e si compone di attività igienico-sanitarie e della cura individuale.

-Servizi riabilitativi che comprendono il servizio psicologico sostegno utile per far vivere con serenità la permanenza in struttura dando particolare attenzione agli anziani con deterioramento cognitivo; servizio di fisioterapia tale servizio supporta l'autonomia del residente creando programmi individuali o promuovendo attività di gruppo.

-Servizi generali servizio di ristorazione il quale promuove una stagionalità dei pasti nel rispetto delle tradizioni alimentari, offre la possibilità di beneficiare di spazi di ristoro; servizio di lavanderia guardaroba; servizio prenotazione e trasporto l'ente si occupa della prenotazione delle visite assicurando la possibilità di trasporto; servizio manutenzione; servizio religioso composto dall'attività del rosario e da un giorno di funzioni per i residenti che desiderano partecipare.

-Servizi ausiliari composti da distributori automatici, servizio posta, servizi socio assistenziali per esterni in cui si prevede fornitura pasti, bagno assistito presso la struttura e servizio lavanderia, punto prelievo che permette alla cittadinanza di accedere con rapidità ai servizi del territorio.

3.4 REALIZZAZIONE DELLO STRUMENTO

La ricerca condotta è di tipo quantitativo e, in particolare, si è deciso di utilizzare come strumento il questionario semi-strutturato composto da un numero limitato di domande aperte per permettere al campione di esprimere in modo compiuto il

loro pensiero. (Montalbetti e Lisimberti,2015). Tale strumento è composto da item, cioè le domande, le quali possono essere chiuse nel caso in cui il ricercatore abbia previsto risposte predefinite o aperte nel caso in cui si voglia indagare alcuni aspetti in modo approfondito. Le variabili usate si possono inserire in differenti livelli di scala a seconda che esse siano quantitative (variabili categoriali) o qualitative (variabili cardinali)(Trincherò,2012). Un esempio dell'uso di tale strumento si ha all'interno della ricerca di Ceccato e Gubert in cui il questionario ha permesso di analizzare il cambiamento avvenuto all'interno delle scuole materne dopo l'avvio del corso di formazione previsto per le figure che operano all'interno delle strutture.

La ricerca proposta originariamente doveva svolgersi con l'uso di Focus Group che consiste in un'intervista di gruppo in cui i partecipanti sono chiamati a discutere su un dato argomento, il quale risulta utile per far affiorare punti di vista che altrimenti sarebbero di difficile rilevazione. Tale strumento è rivolto sia al personale che ai residenti poiché sono una modalità prevista dal Marchio Q&B sia durante la giornata di Audit che durante la fase di autovalutazione. Si era deciso di utilizzare tale metodo poiché permette di comprendere a pieno la percezione dei valori del Marchio da parte dei soggetti.

Con lo scoppio dell'emergenza Covid19 ciò non è stato più possibile in quanto è stato vietato l'accesso alla struttura, per cui in accordo con la coordinatrice del servizio si è deciso di optare per l'uso del questionario semi-strutturato rivolto solamente al personale in quanto tale situazione impedisce di raggiungere i residenti. Per ciò avendo a disposizione tale strumento si è deciso di inserire al suo interno anche quegli indicatori che all'inizio della ricerca si era deciso di escludere, comprendendo anche quelli che sono indagati con modalità diverse da quelle del Focus Group in modo tale da avere una panoramica completa sui valori. Inoltre, come modalità di somministrazione si è deciso di utilizzare i Moduli Google poiché permettono una raccolta dei dati rapida e risultano facilmente compilabili in autonomia dalla maggior parte del personale, dato che si tratta di uno strumento di semplice accesso e utilizzo. Questa decisione è stata presa soprattutto in vista delle restrizioni date dalla situazione sanitaria e dall'impossibilità di recarsi presso l'ente, tale mezzo ha permesso di raggiungere

comunque il personale della struttura. Successivamente si è provveduto all'analisi dei dati raccolti i quali sono stati elaborati in grafici attraverso l'interfaccia presente sullo strumento di ricerca.

Lo studio è iniziato dalla griglia di valutazione usata durante gli Audit e nella fase di autovalutazione resa disponibile dalla coordinatrice del servizio e dalla referente del Marchio Q&B.

2. Autorealizzazione	2.1 - Attenzione alla realizzazione della persona anche attraverso interessi e passioni personali	2.1.1 Presenza di attenzioni per garantire continuità negli stili di vita dei residenti	E' importante che i residenti possano continuare ad avere il proprio stile di vita e coltivare nuove passioni.	
		2.1.2 Percezione della possibilità di continuare a mantenere un proprio stile di vita e di coltivare interessi e passioni personali		
		2.1.3 Valorizzazione delle passioni e degli interessi	Secondo te le passioni e gli interessi dell'anziano sono valorizzati in modo adeguato.	
	2.2 - Cura estetica e bellezza della persona	2.2.1 Efficacia dei servizi di cura alla persona		
		2.2.2 Presenza, qualità e accessibilità dei servizi di cura alla persona	Secondo te i servizi di cura alla persona (parrucchiere, estetista ecc.) sono apprezzati dai residenti.	
		2.2.3 Effettiva accessibilità e fruibilità delle cure estetiche per i residenti	E' importante garantire un accesso ai servizi di cura alla persona a tutti i residenti.	
	2.3 - Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	2.3.1 Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	E' importante che l'anziano sia reso protagonista e che sia valorizzata la sua creatività.	
		2.3.2 Percezione e riconoscimento da parte del personale delle potenzialità inesprese dei residenti	E' importante valorizzare le potenzialità inesprese del residente e le sue capacità residue.	
		2.3.3 Valorizzazione degli esiti dei processi di autostima ed empowerment	Valorizzare tali competenze permette all'anziano di rafforzare la sua	

Figura 4-Griglia di valutazione del valore Autorealizzazione

2. Autorealizzazione	2.1 - Attenzione alla realizzazione della persona anche attraverso interessi e passioni personali	Attenzioni per garantire la continuità di interessi dei residenti nel periodo covid.	Nel rispetto della normativa Covid19 è importante che all'anziano sia stata data la possibilità di continuare a coltivare i suoi interessi. Secondo te è importante che durante il periodo di emergenza l'anziano abbia continuato ad avere un ruolo attivo all'interno dell'ente.
	2.2 - Cura estetica e bellezza della persona	Possibilità di continuare ad avere ruoli attivi all'interno dell'ente.	
	2.3 - Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	Continuità delle cure estetiche e effettiva accessibilità (parrucchiere ed estetista)	Nel rispetto delle norme anti-Covid è importante aver garantito una continuità delle cure estetiche.

Figura 5- Griglia di valutazione relativa al Scaff 2020

3.5 TEMPI DI SVOLGIMENTO

La richiesta per la realizzazione di tale ricerca presso la struttura è pervenuta a conclusione del secondo anno di Servizio Civile. Nel primo periodo di Febbraio 2020 la struttura ha predisposto un incontro con il personale dell'ente e il ricercatore in cui è stato presentato il lavoro da svolgere per la fase di autovalutazione e in cui si sono spiegate le procedure di assegnazione del punteggio. Durante l'inizio di Marzo 2020 la struttura ha proceduto con la realizzazione dei focus group dei residenti, purtroppo in tale periodo la ricerca ha subito un arresto per via dell'emergenza sanitaria. Tra il periodo di Marzo e Luglio 2020 la ricerca non è avanzata fino a quando la coordinatrice non ha dato responso favorevole per procedere decidendo per l'appunto di somministrare il questionario semi-strutturato al personale. I mesi successivi tra Luglio e Ottobre 2020 si è proceduto con la costruzione del questionario e della parte teorica della ricerca, fino a quando il 16 novembre 2020 è avvenuta la somministrazione del questionario tramite l'uso dei moduli google la quale è durata fino al 6 dicembre 2020. Successivamente a tale periodo si è proceduto con l'analisi dei dati raccolti.

4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA

I risultati ottenuti evidenziano quanto riportato di seguito, inoltre per ulteriori chiarimenti è possibile prendere visione della griglia di valutazione usata per costruire il seguente questionario²:

- RISPETTO:rispetto delle esigenze del residente, rispetto della dignità e della riservatezza e attenzione istituzionale

Dalle risposte emerge che la totalità del campione si trova d'accordo nel promuovere una flessibilizzazione degli orari della vita quotidiana del residente (Figura.6 e Figura.7), anche se ritengono che l'organizzazione debba implementare le azioni per raggiungere tale scopo (Figura.8).

1. Secondo te gli orari della giornata tipo in struttura sono flessibili.

33 risposte

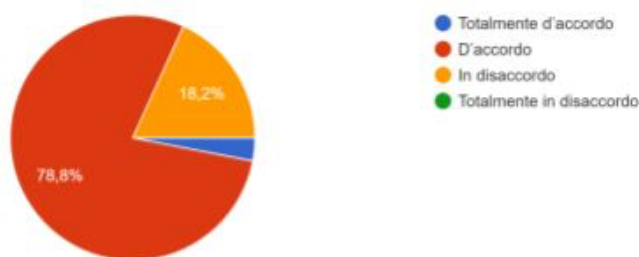


Figura 6-Domanda 1

2. E' importante che siano fatte personalizzazioni della vita quotidiana dei residenti.

33 risposte

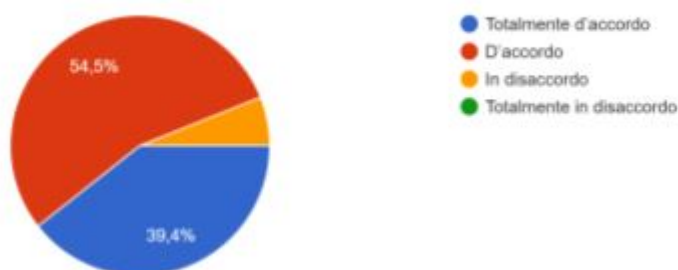


Figura 7-Domanda 2

² Per la visualizzazione del questionario fare riferimento all'Allegato 1

4. Secondo te l'organizzazione promuove una gestione personalizzata.

33 risposte

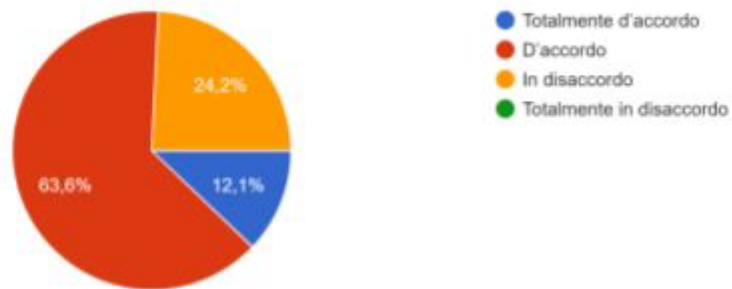


Figura 8-Domanda 4

Si nota un leggero dissenso nel momento in cui si chiede al personale se durante il periodo di emergenza Covid 19 si sia cercato di promuovere, nei limiti imposti, una adeguata flessibilizzazione del quotidiano dei residenti. Dalle risposte emerge che il 57,6% si trova concorde nel dire che l'organizzazione ha promosso una adeguata adattabilità alla vita e alle richieste dei residenti, mentre il 36,4% ritiene che non sia mantenuta una adeguata flessibilità (Figura.9).

11. Secondo te durante il periodo di emergenza Covid19 si è cercato di mantenere una adeguata flessibilità oraria del quotidiano degli anziani.

33 risposte

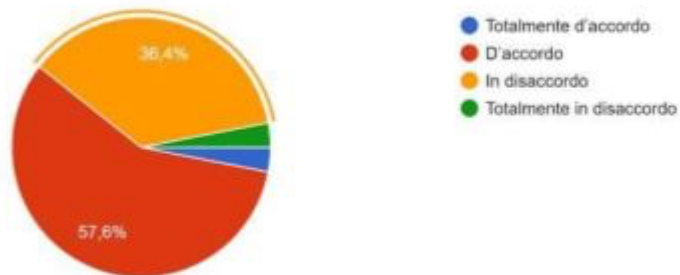


Figura 9-Domanda 11

Per ciò il personale riconosce l'importanza di promuovere una flessibilizzazione e perciò attuare personalizzazioni degli orari superando i possibili ostacoli che si possono incontrare. (Figura.10)

5. E' importante superare le difficoltà che si incontrano per consentire un'effettiva personalizzazione dell'assistenza.

33 risposte

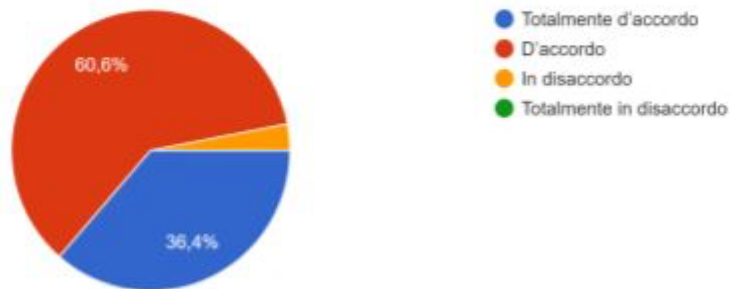


Figura 10-Domanda 10

Dalla domanda successiva, in cui si chiede al personale chi decide o meno se attuare tali aggiustamenti, emerge che possono essere decise dal coordinatore e dal residente, dagli operatori insieme agli anziani, dalle figure professionali e dagli operatori e durante le riunioni d'equipe, la quale si incontra con una certa scadenza per la stesura del PAI (Figura.11).

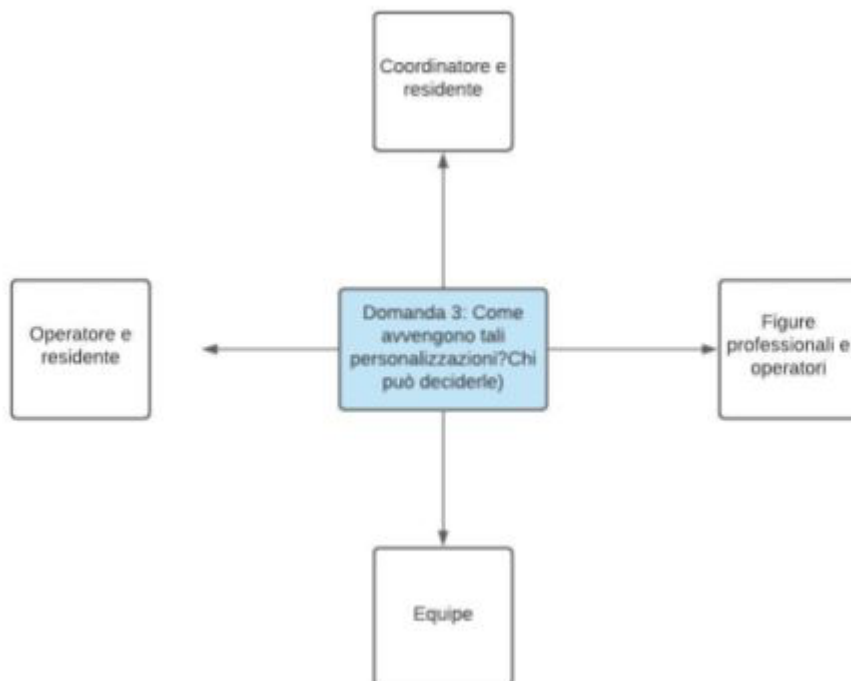


Figura 11-Domanda 3

Il Rispetto include anche l'aver riguardo per la riservatezza e la dignità, i quali si traducono in ottemperanza dei loro tempi e nella gestione adeguata dei momenti di maggior imbarazzo, come può essere l'igiene quotidiana, a tal proposito il

totale del campione ritiene importante che all'interno dell'organizzazione sia promossa una cultura del rispetto della dignità e della riservatezza attraverso progetti utili a sostenere tali aspetti. (Figura.12 e Figura.13)

6. E' importante che sia incentivata una cultura del rispetto della dignità e della riservatezza dei residenti.

33 risposte

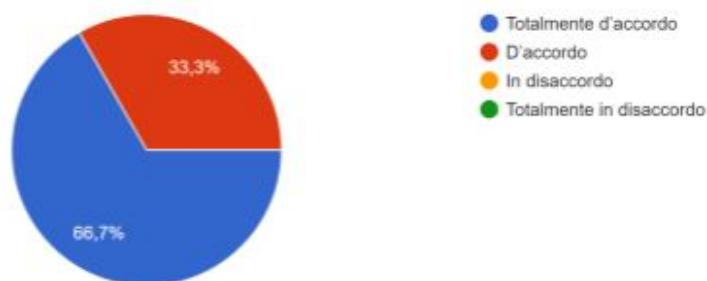


Figura 12-Domanda 6

7. E' importante usare strumenti, progetti e strategie per garantire la dignità e la riservatezza del residente.

33 risposte

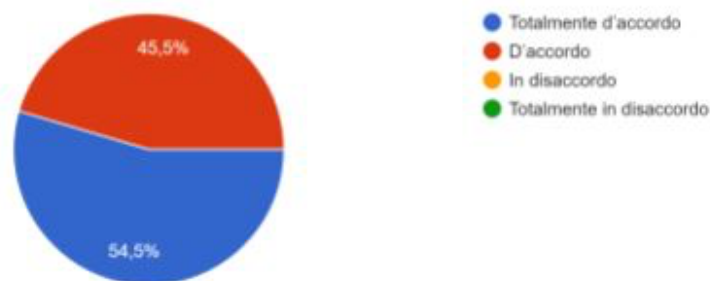


Figura 13-Domanda 7

Per quanto concerne il contatto con i vertici della struttura il 60,6% del personale ritiene che l'anziano non abbia difficoltà a entrare in contatto con la coordinatrice o direttore, mentre il 36,4% ritiene che il residente incontri degli ostacoli nel momento in cui cerca di entrare in contatto con i vertici della struttura.(Figura.14)

9. Secondo te l'anziano ha difficoltà ad entrare in contatto con i vertici della struttura.
33 risposte

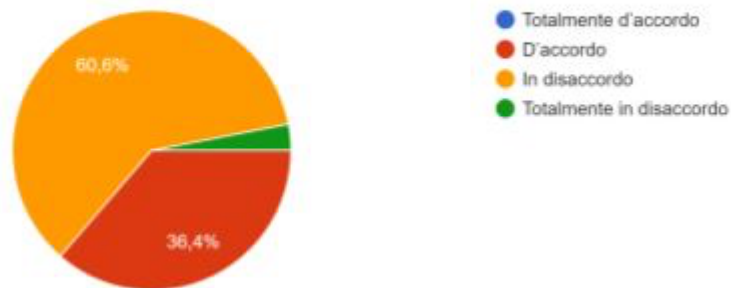


Figura 14-Domanda 9

Per la gestione delle istanze il totale del campione ritiene importante che l'anziano e i fruitori del servizio possano rilasciare suggerimenti o lamentele in modo tale da comprendere dove apportare migliorie. (Figura.15)

10. E' importante valorizzare le istanze o i suggerimenti da parte dell'anziano o di altri fruitori del servizio.
33 risposte

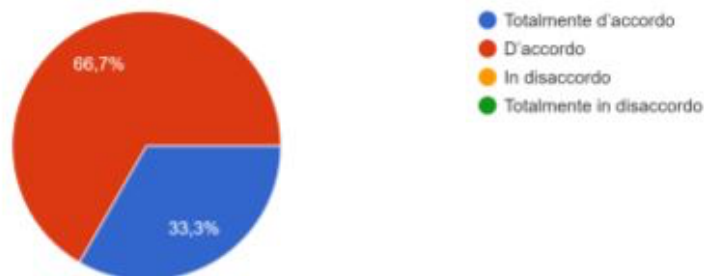


Figura 15-Domanda 10

Inoltre, ritengono che i reclami ricevuti durante l'emergenza Covid 19 siano stati utili per comprendere come affrontare tale periodo (Figura.16). Da un primo esame dei dati si evince come il personale riconosca l'importanza di creare una continuità delle abitudini del residente, di usare progetti adeguati perché esso non si senta a disagio in quelle situazione che per lui possono essere stressanti e che si promuova una sua collaborazione all'interno della struttura.

12. Secondo te sono state utili, pensando anche alle conseguenze, le istanze ricevute durante l'emergenza.

33 risposte

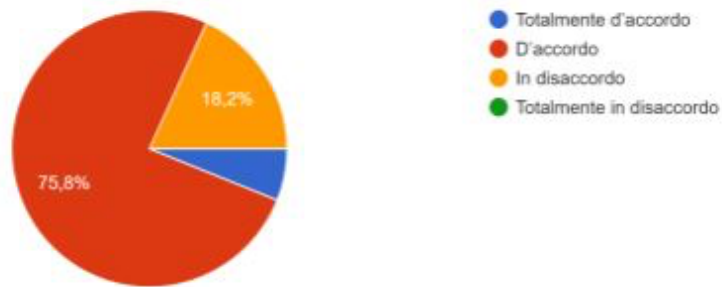


Figura 16-Domanda 12

- **AUTOREALIZZAZIONE:** attenzione alla persona

La totalità del campione concorda che ai residenti debba essere data la possibilità di poter mantenere in vita il proprio stile di vita e che essi possano coltivare nuove passioni e interessi che li valorizzano (Figura.17 e Figura.18).

1. E' importante che i residenti possano continuare ad avere il proprio stile di vita e coltivare nuove passioni.

33 risposte

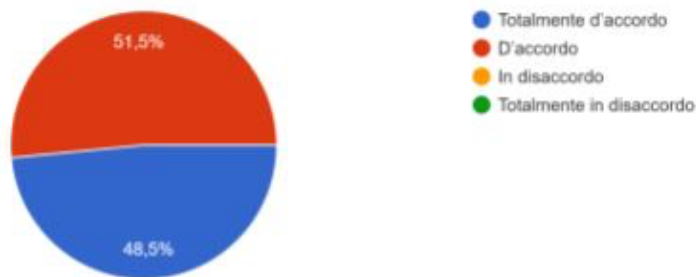


Figura 17-Domanda 1

2. Secondo te le passioni e gli interessi dell'anziano sono valorizzati in modo adeguato.

33 risposte

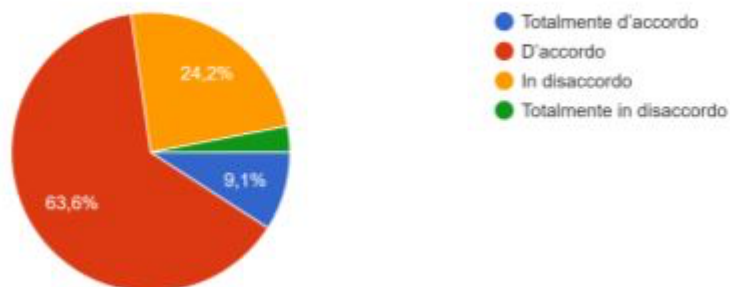


Figura 18-Domanda 2

La possibilità data all'anziano di coltivare le proprie passioni secondo il campione viene promossa anche durante il periodo di emergenza (Figura.19).

8. Nel rispetto della normativa Covid19 è importante che all'anziano sia stata data la possibilità di continuare a coltivare i suoi interessi.

33 risposte

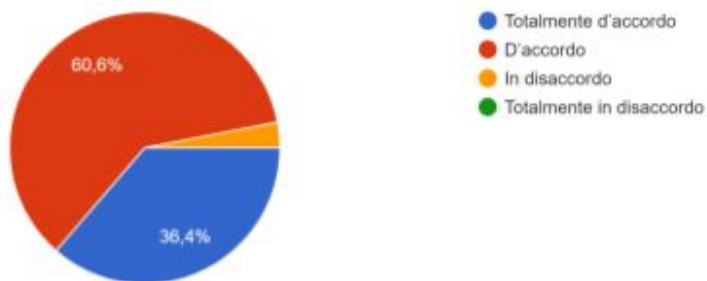


Figura 19-Domanda 8

Per quanto concerne i servizi di cura alla persona i soggetti ritengono che essi siano apprezzati dai residenti (Figura.20).

3. Secondo te i servizi di cura alla persona (parrucchiere, estetista ecc.) sono apprezzati dai residenti.

33 risposte

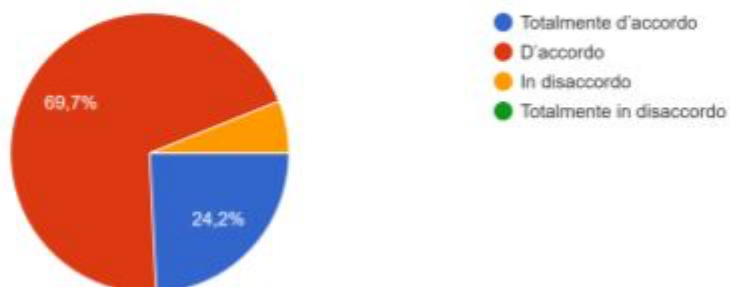


Figura 20-Domanda 3

Inoltre, affermano che l'accesso a tali servizi sia garantito a tutti gli anziani anche a coloro con determinate patologie(Figura.21).

4. E' importante garantire un accesso ai servizi di cura alla persona a tutti i residenti.
33 risposte

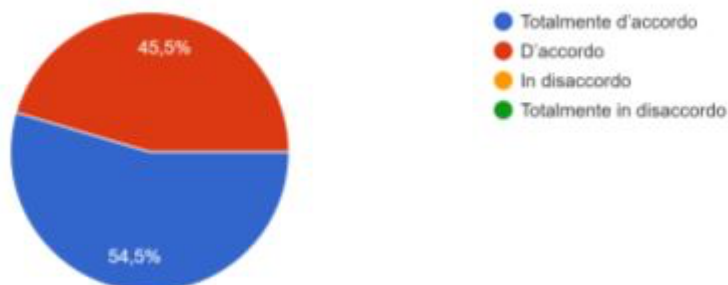


Figura 21-Domanda 4

Tale attività dalle risposte emerge che è stata mantenuta anche durante il periodo di emergenza nel rispetto delle misure anti Covid (Figura.22).

10. Nel rispetto delle norme anti-Covid è importante aver garantito una continuità delle cure estetiche.
33 risposte

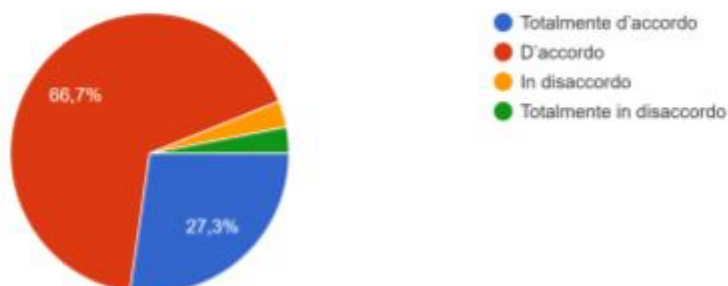


Figura 22-Domanda 10

Per quanto concerne la promozione del protagonismo degli ospiti, il campione esprime parere unanime nel riconoscere l'anziano come soggetto posto al centro della vita in struttura, ruolo che viene mantenuto anche durante il periodo di emergenza(Figura.23 e Figura.24).

5. E' importante che l'anziano sia reso protagonista e che sia valorizzata la sua creatività.

33 risposte

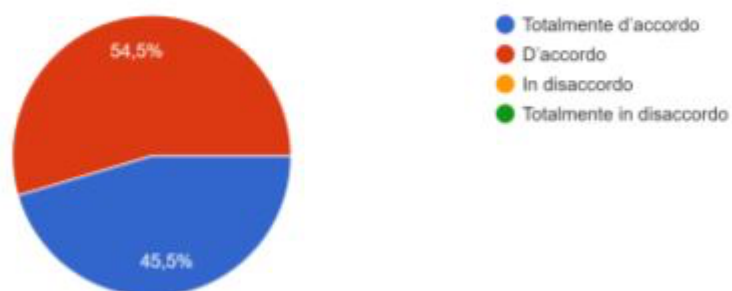


Figura 23-Domanda 5

9. Secondo te è importante che durante il periodo di emergenza l'anziano abbia continuato ad avere un ruolo attivo all'interno dell'ente.

33 risposte

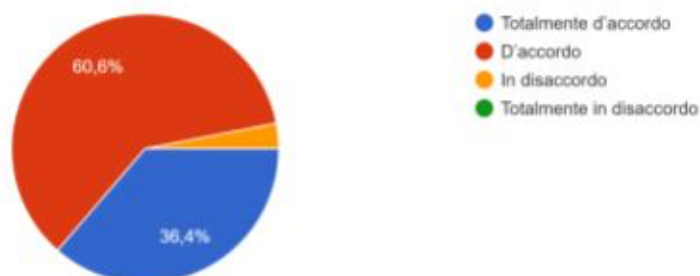


Figura 24-Domanda 9

Inoltre, ritengono importante che siano valorizzate le potenzialità e le capacità residue dei residenti in modo tale da poter rafforzare la loro autostima (Figura.25 e Figura.26).

6. E' importante valorizzare le potenzialità inesprese del residente e le sue capacità residue.
33 risposte

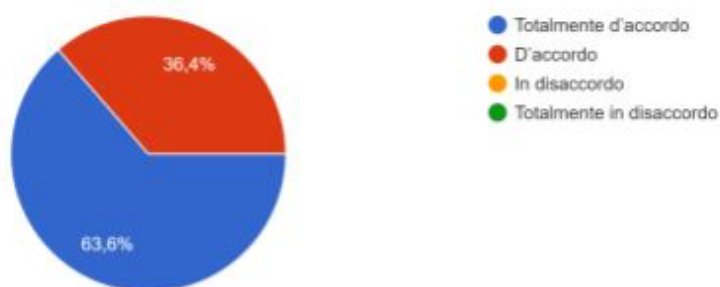


Figura 25-Domanda 6

7. Valorizzare tali competenze permette all'anziano di rafforzare la sua autostima.
33 risposte

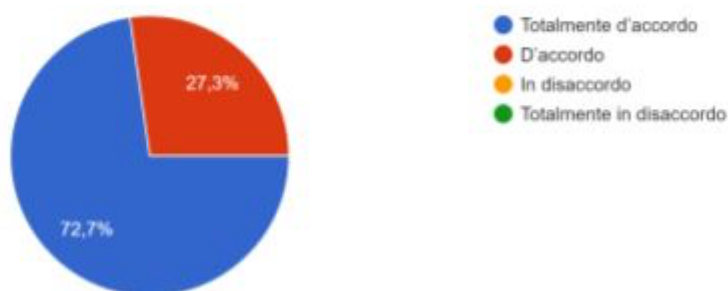


Figura 26-Domanda 7

- OPEROSITÀ: attenzione alle capacità residue, all'operosità quotidiana e a una animazione di qualità

La totalità del campione sostiene che sia importante saper percepire e valorizzare l'autonomia e le capacità residue del residente con l'uso di progetti e prassi utili a tale scopo(Figura.27 e Figura.28).

1. E' importante saper percepire e valorizzare l'autonomia residua del residente.
33 risposte

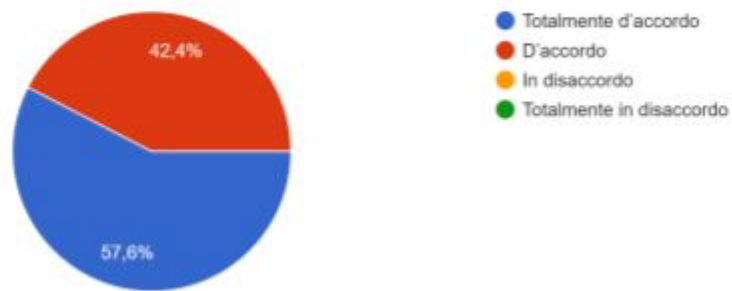


Figura 27-Domanda 1

2. E' importante poter usare prassi e strumenti utili per valorizzare l'autonomia residua.
33 risposte

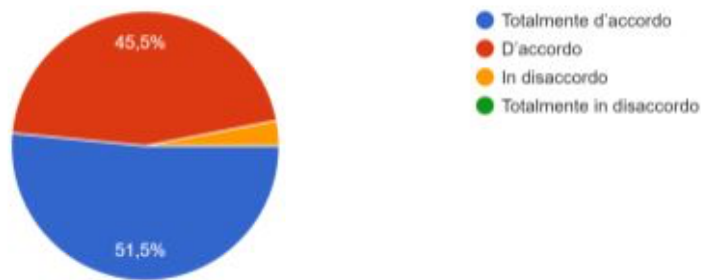


Figura 28-Domanda 2

Ritengono che l'uso di progetti aiuti a mantenere e a valorizzare l'operosità dell'ospite nel suo quotidiano, ad esempio predisponendo un anziano alla preparazione delle tavole oppure attraverso l'uso di laboratori di pittura o creativi (Figura.29 e Figura.30).

3. E' importante che siano presenti progetti o laboratori programmati che consentono di mantenere l'operosità quotidiana dell'anziano.(es.pre...laboratorio di pittura, laboratorio della lana ecc.)
33 risposte

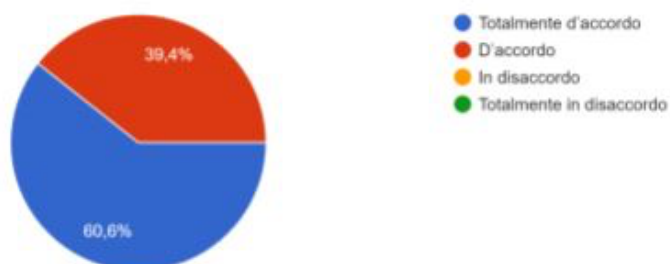


Figura 29-Domanda 3

4. Per te i progetti o programmi valorizzano le potenzialità dell'anziano.
33 risposte

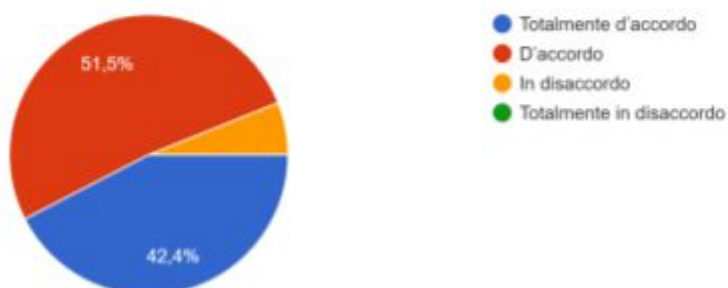


Figura 30-Domanda 4

Per quanto concerne le attività di animazione proposte dall'anziano dalle figure professionali il campione è unanime nel ritenere che esse siano adeguate al residente e che non siano infantilizzanti, tale termine indica quelle attività che fanno sentire l'anziano trattato come un bambino (Figura.31).

5. Secondo te l'animazione prevista nella giornata è adeguata all'anziano.

33 risposte

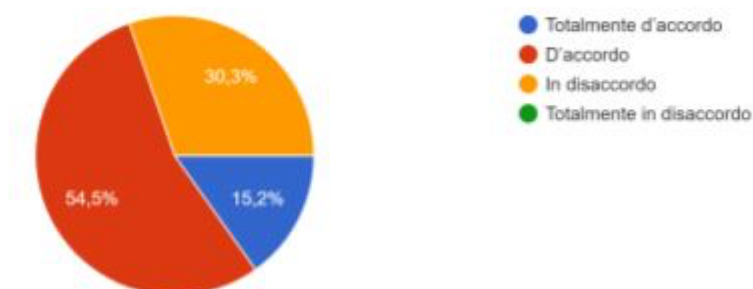


Figura 31-Domanda 5

Tale aspetto viene promosso anche durante l'emergenza Covid, infatti, il campione ritiene che le attività proposte rispecchino le caratteristiche desiderate, anche se si divide a metà nel ritenere l'attività di animazione non consona ciò probabilmente è dovuto al rispetto delle misure di compartimentazione. (Figura 32e Figura.33).

7. Nel rispetto delle norme anti Covid secondo te le attività di animazione e di movimento(sostitutiva della palestra) proposte erano adeguate.

33 risposte

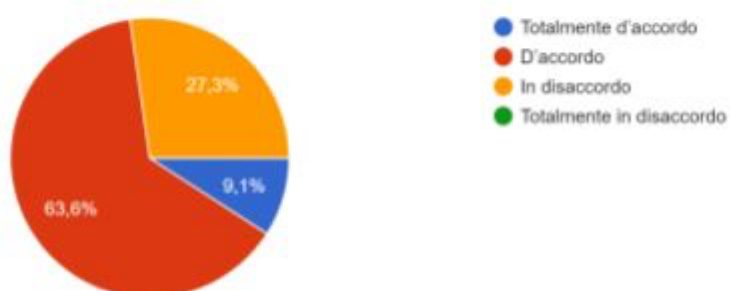


Figura 32-Domanda 7

8. Secondo te le attività animazione anche nel periodo di emergenza erano adeguate all'anziano.
33 risposte

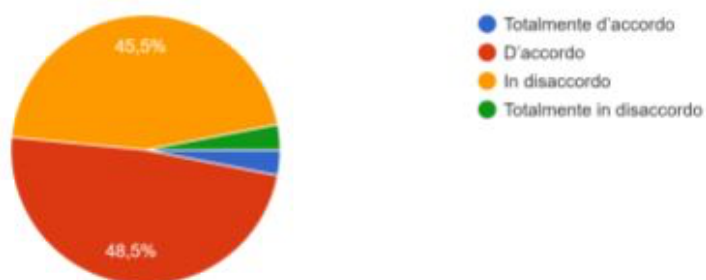


Figura 33-Domanda 8

Ritengono importante che l'anziano possa suggerire della attività da svolgersi durante la giornata, tale aspetto si collega alla promozione del protagonismo del soggetto alla vita della struttura (Figura.34).

6. Ritieni importante che l'anziano possa suggerire delle attività da svolgere.
33 risposte

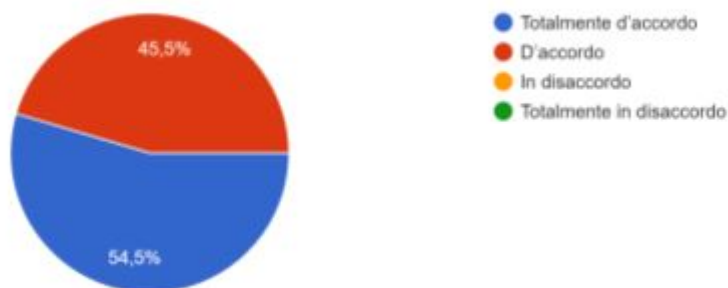


Figura 34-Domanda 6

- **AFFETTIVITÀ:** qualità delle relazioni, possibilità di avere animali affettivi e valorizzazione della storia di vita

Il totale del campione concorda nel sostenere l'importanza che i residenti una volta entrati in struttura continuino a coltivare i legami affettivi con i loro cari significativi (Figura.35).

1. Una volta che l'anziano è entrato in struttura è importante che continui ad essere in contatto con i suoi cari significativi.

33 risposte

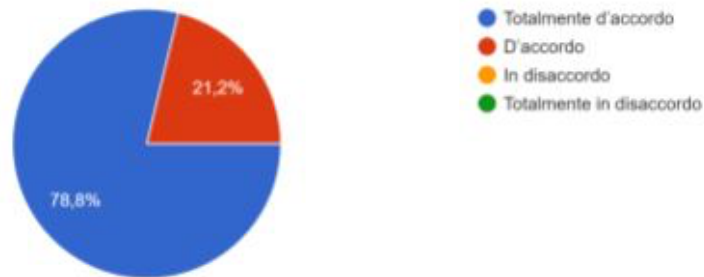


Figura 35-Domanda 1

Inoltre, sostengono che anche al suo interno l'anziano possa coltivare relazioni affettive con gli altri residenti sia che esse siano di amicizia che relazioni amorose (Figura.36).

2. E' importante che dentro la struttura l'anziano possa creare relazioni con gli altri residenti.

33 risposte

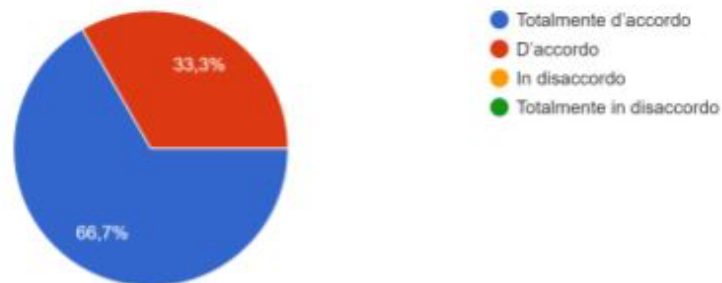


Figura 36-Domanda 2

Secondo il campione il mantenimento delle relazioni affettive con i cari significativi durante l'emergenza Covid19 è stato di conforto ai soggetti in una situazioni di tale difficoltà (Figura.37).

8. Durante il periodo di emergenza è stato importante che l'anziano potesse mantenere viva la relazione con i suoi cari.

33 risposte

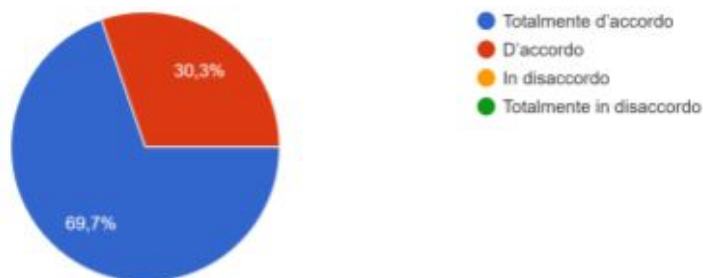


Figura 37-Domanda 8

Per quanto concerne la presenza di animali domestici, il personale sostiene che sia fondamentale per la struttura possedere piani ambientali che consentano all'anziano di portare con sé animali domestici o che ne permettano la presenza (Figura.38 e Figura.39).

3. E' importante che la struttura abbia progetti o programmi che consentano all'anziano di portare con sé animali domestici.

33 risposte

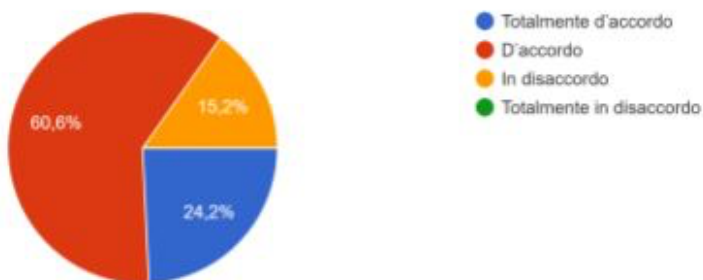


Figura 38-Domanda 3

4. E' importante che la struttura possieda piani ambientali che permettono la presenza di animali.

33 risposte

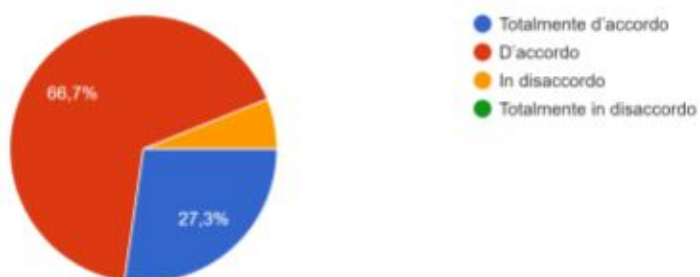


Figura 39-Domanda 4

Inoltre, vedono con favore la presenza di progetti o programmi che permettano l'interazione tra anziano e animali(Figura.40).

5. E' importante che siano presenti progetti che permettano all'anziano di interagire con gli animali.

33 risposte

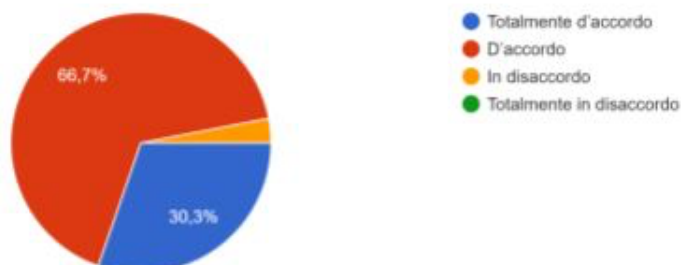


Figura 40-Domanda 5

Il campione si divide nel momento cui viene chiesto loro se la presenza di animali è stata d'aiuto durante l'emergenza, in tal caso emerge una leggera discrepanza in quanto una parte il campione concorda che la loro presenza è stata di supporto mentre il 33,3% e il 18,2% dei rispondenti si trova in disaccordo con tale affermazione ciò può essere dato dal fatto che all'interno della struttura durante tale periodo non è stato possibile favorire la presenza di animali. (Figura.41)

9. La presenza di animali all'interno della struttura è stata di conforto durante il periodo di emergenza.

33 risposte

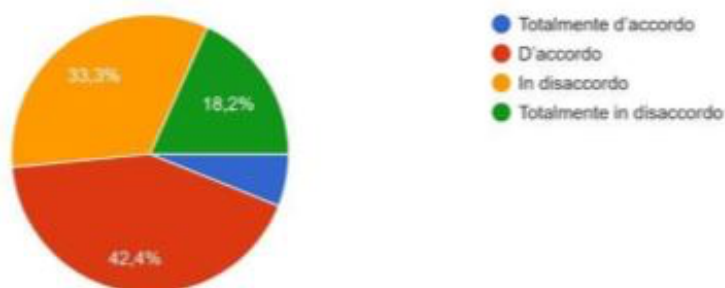


Figura 41-Domanda 9

Il valore dell'Affettività si promuove anche riconoscendo ciò che è importante a livello affettivo per l'anziano, ciò è possibile raccogliendo e valorizzando le storie di vita le quali diventano un mezzo per conoscere la persona (Figura.42).

7. Ritieni importante valorizzare la storia di vita dell'anziano.

33 risposte

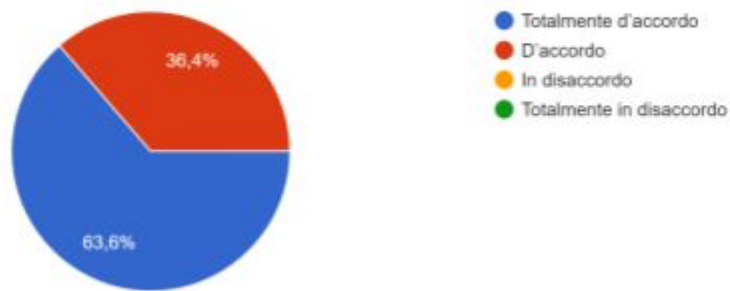


Figura 42-Domanda 7

A tal proposito il personale riconosce l'importanza che il residente nel momento in cui accede alla struttura possa portare con sé oggetti che per lui hanno valore affettivo (Figura.43).

6. E' importante che l'anziano possa personalizzare i propri spazi(es stanza da letto) o portare con sé oggetti personali che per lui/lei hanno una valore affettivo.

33 risposte

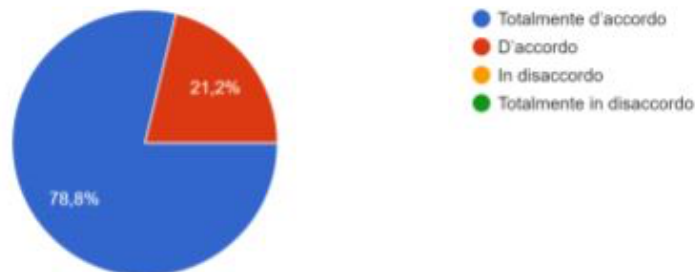


Figura 43-Domanda 6

- INTERIORITÀ: spazio personale, sostegno psicologico e accompagnamento alla morte

Il personale si trova totalmente d'accordo nel sostenere l'importanza che l'anziano all'interno della struttura possa usufruire sia di assistenza religiosa sia di sostegno psicologico, utili per elaborare in modo consono la situazione in cui il soggetto si trova a vivere (Figura.44).

1. E' importante che l'anziano possa avere sia una assistenza religiosa che un sostegno psicologico per affrontare al meglio la sua situazione di dipendenza.

33 risposte

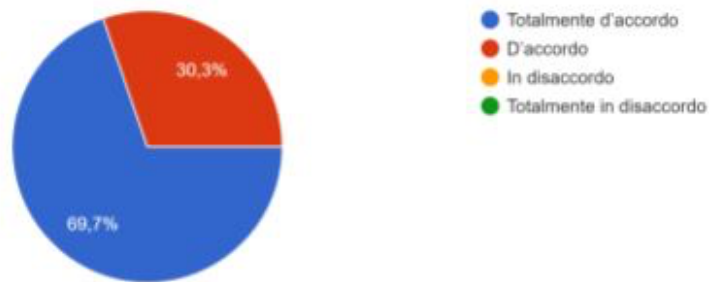


Figura 44-Domanda 1

La maggioranza del campione ritiene che i luoghi preposti al raccoglimento, al culto e al rilassamento della persona siano adatti a promuovere il benessere interiore del soggetto(Figura.45 e Figura.46).

2. Ritieni adatti i luoghi di raccoglimento e di culto presenti in struttura.

33 risposte

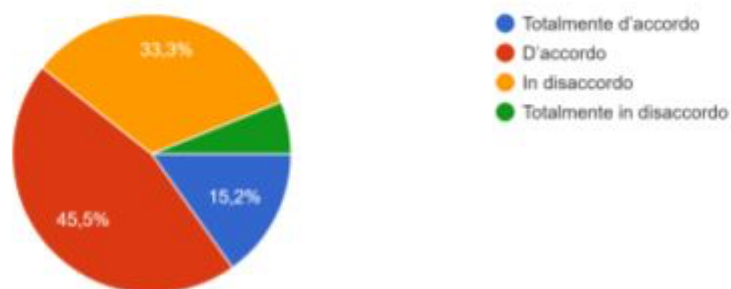


Figura 45-Domanda 2

3. E' importante che in struttura siano presenti luoghi che favoriscano il rilassamento.

33 risposte

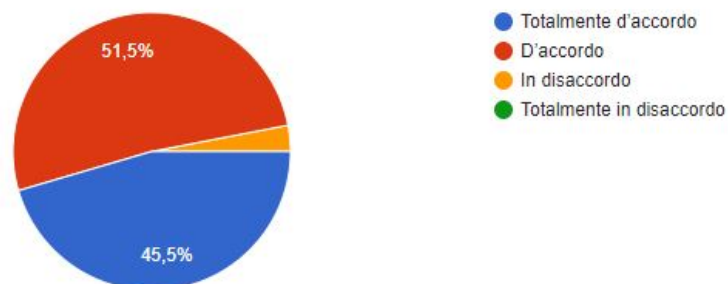


Figura 46-Domanda 3

Inoltre, ritengono che l'attività svolta dalla psicologo e dal preposto religioso sia stata d'aiuto sia per gli anziani e per il personale stesso durante il periodo emergenziale (Figura.47 e Figura.48).

9. Secondo te durante il periodo di emergenza Covid19 è stato d'aiuto poter contare sulla figura dello psicologo.

33 risposte

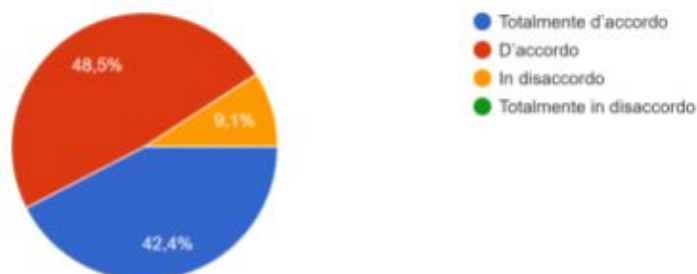


Figura 47-Domanda 9

10. In tale momento è stato importante avere un supporto religioso e psicologico.

33 risposte

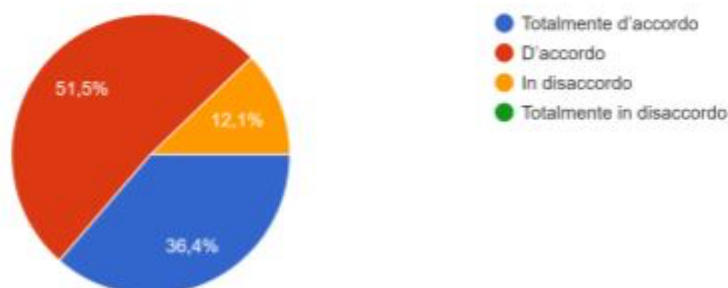


Figura 48-Domanda 10

Per quanto concerne le modalità di accompagnamento alla morte il campione riconosce l'impegno dell'organizzazione nel dare indicazioni generali sia sostegno del personale che procedure da adottare in tali momenti(Figura.49), le quali favoriscono la presenza dei cari significati in un momento così delicato (Figura.50).

4. E' importante che l'organizzazione dia indicazioni comuni e generali nel momento in cui il residente si avvicina al decesso.

33 risposte

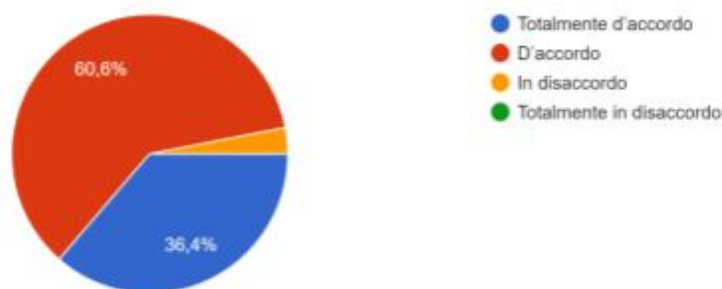


Figura 49-Domanda 4

5. Secondo te le indicazioni sono adeguate e favoriscono la vicinanza dei familiari o cari significativi.

33 risposte

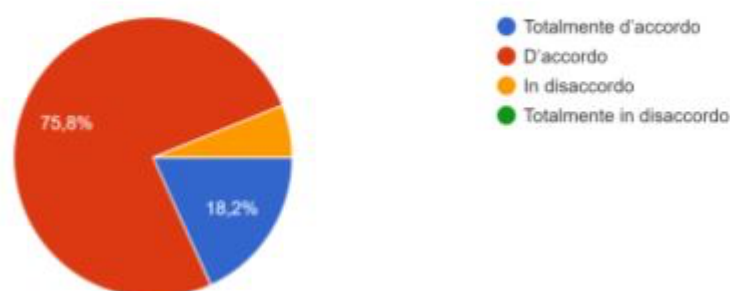


Figura 50-Domanda 5

Inoltre, ritengono che in tale fase si venga a consolidare la fiducia che i familiari nutrono verso il personale, ciò può essere dato dal fatto che l'organizzazione e il personale stesso riconoscono l'importanza di tale momento(Figura.51 e Figura.52), cosa che viene affermata anche durante il periodo emergenziale in cui si è cercato di attuare una promozione del benessere della persona(Figura.53).

7. Le attenzioni usate garantiscono un adeguato accompagnamento alla morte.
33 risposte

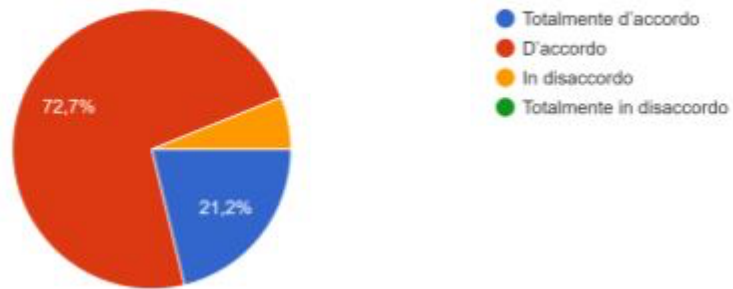


Figura 51-Domanda 7

6. Secondo te in tali momenti con i familiari si instaura una relazione di fiducia.
33 risposte

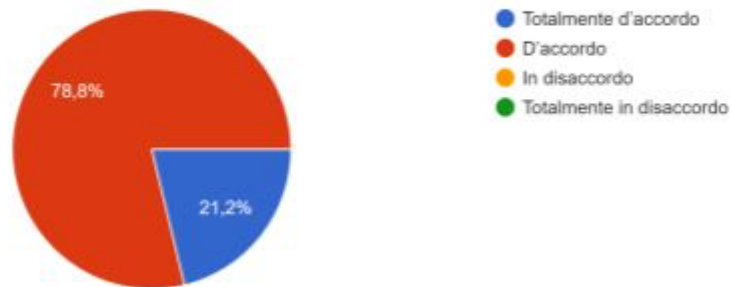


Figura 52-Domanda 6

11. E' importante che siano state garantite adeguate modalità di accompagnamento alla morte durante il periodo di emergenza.
33 risposte

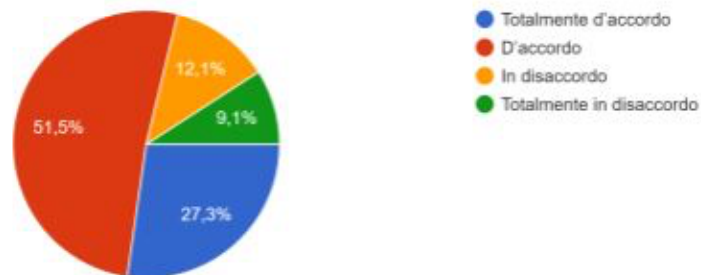


Figura 53-Domanda 11

- COMFORT: accesso al verde, qualità dell'ambiente e flessibilità strutturale e organizzativa

Il totale del campione afferma che gli spazi verdi presenti struttura sono di facile accesso per i residenti e che la struttura usi strategie adeguate per raggiungere tale scopo (Figura.54e Figura 55).

1. E' importante che gli spazi verdi presenti in struttura siano facilmente fruibili dai residenti.
33 risposte

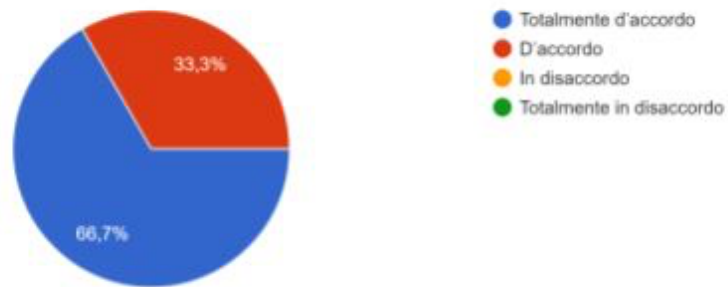


Figura 54-Domanda 1

2. E' importante usare strategie che permettano la fruizione del verde anche a chi ha particolari patologie.
33 risposte

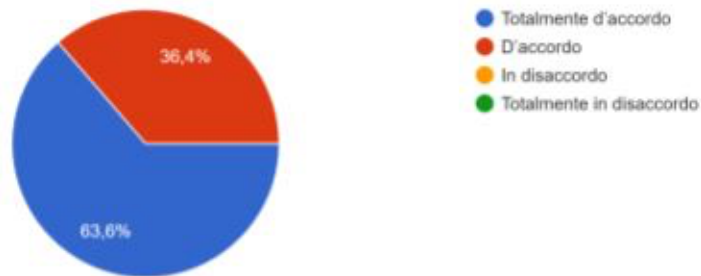


Figura 55-Domanda 2

La qualità complessiva dell'ambiente viene considerata buona (Figura.56), essi trovano gli spazi sia comuni che privati all'interno della struttura ben curati e riconoscono la possibilità che l'anziano possa usufruirne in modo libero per incontrare i suoi famigliari (Figura.57 e Figura.58).

3. Secondo te l'ambiente all'interno della struttura si presenta ben curato.

33 risposte

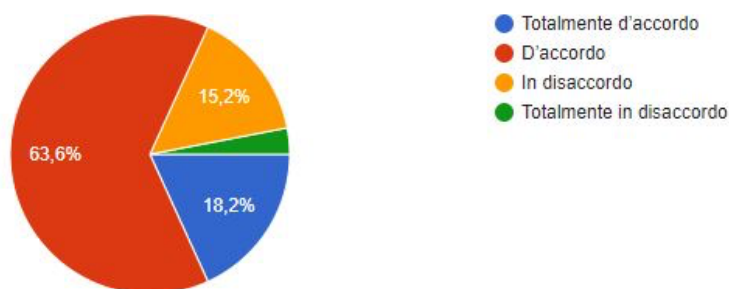


Figura 56-Domanda 3

4. Secondo te la struttura permette agli anziani di usare gli spazi comuni sia per uso personale che per incontrare i propri familiari.

33 risposte

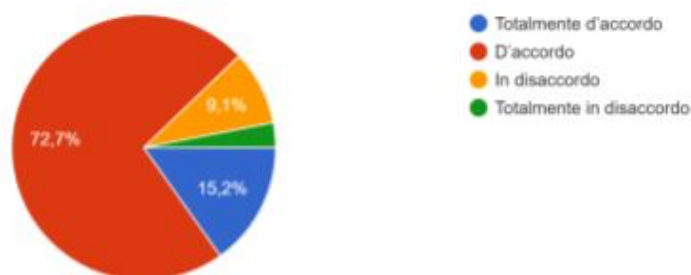


Figura 57-Domanda 4

5. Trovi le stanze (es. le camere da letto) presenti in struttura ben curate.

33 risposte

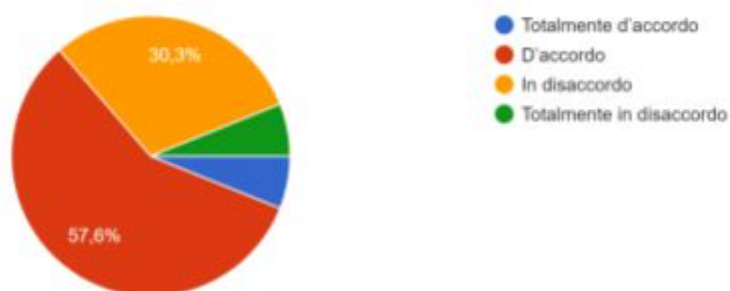


Figura 58-Domanda 5

Come per il valore del Rispetto il campione riconosce l'importanza di attuare un buon livello di flessibilità all'interno dell'organizzazione e che essa entro le sue possibilità vada incontro alle richieste del residente (Figura.59 e Figura.60).

6. E' importante che l'organizzazione abbia un certo grado di flessibilità.

33 risposte

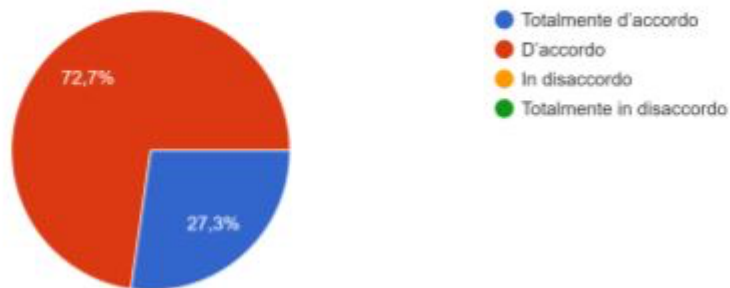


Figura 59-Domanda 6

7. Secondo te è importante, entro le possibilità dell'organizzazione, cercare di attuare le richieste del residente.

33 risposte

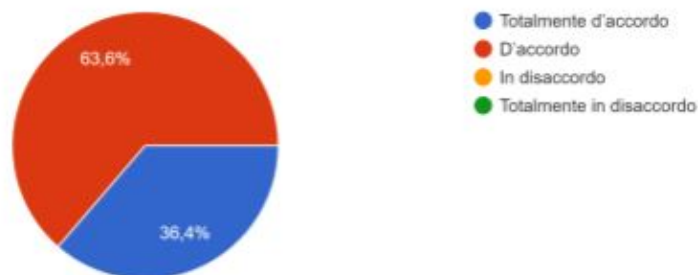


Figura 60-Domanda 7

Il Comfort si traduce anche nel permettere al residente di personalizzare la propria stanza, in modo tale che essa sia riconosciuta come proprio spazio privato, il cui fine non è solo il sonno, infatti il campione riconosce tale spazio come suo della persona (Figura.61).

8. Quando vedo la stanza di un residente la riconosco come suo spazio privato.

33 risposte

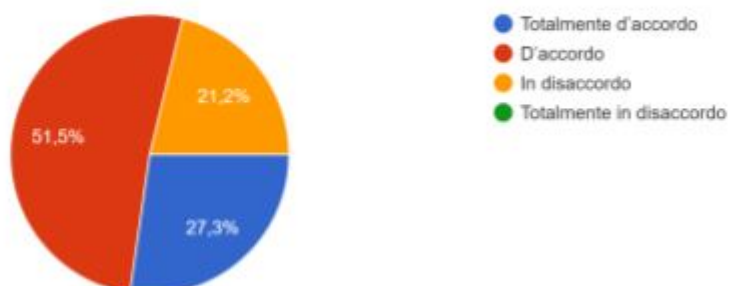


Figura 61-Domanda 8

Nel set di domande successive riguardanti l'emergenza Covid19 il campione si ritiene d'accordo nel sostenere che si sia mantenuta una adeguata flessibilità organizzativa e una buona qualità dell'ambiente(Figura.62).

9. Ritieni , nel rispetto delle norme Covid, sia stata garantita una adeguata flessibilità e qualità dell'ambiente.

33 risposte

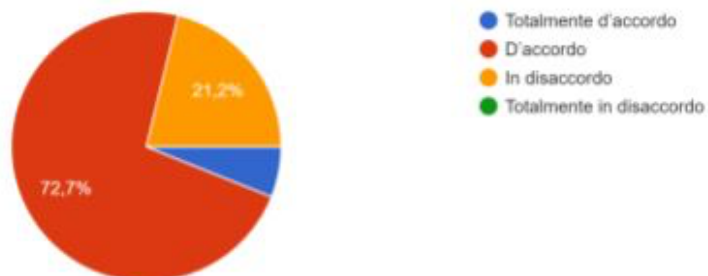


Figura 62-Domanda 9

Ritengono che le modalità di accesso alla struttura e la possibilità di accedere agli spazi verdi siano state adeguatamente garantite (Figura.63), inoltre riconoscono che anche il wandering, termine che può essere tradotto con vagare il quale si presenta prevalentemente in anziani affetti da demenza, sia stato ben gestito (Figura.64).

10. E' importante che siano state garantite adeguate modalità di accesso durante il periodo di emergenza.

33 risposte

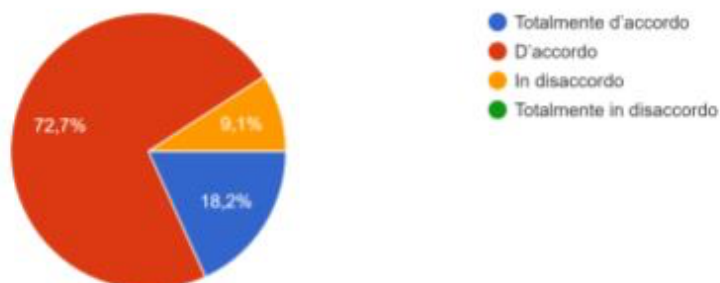


Figura 63-Domanda 10

11. Secondo te il wandering è stato ben gestito.

33 risposte

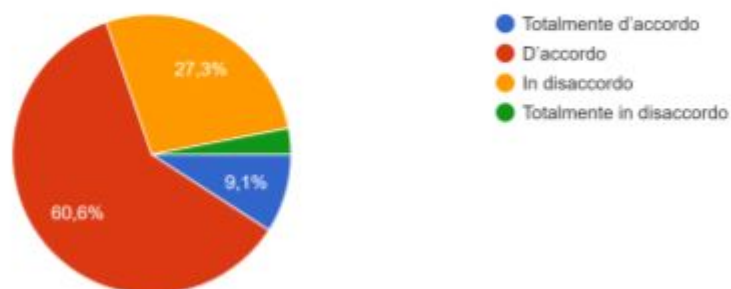


Figura 64-Figura 11

- UMANIZZAZIONE: consapevolezza dell'individualizzazione dell'assistenza e dimensione umana del personale.

La totalità del campione ritiene che il residente nella fase di inserimento abbia un adeguato livello di supporto dall'organizzazione e dal personale (Figura.65).

1. Secondo te è importante che in una fase delicata come l'inserimento l'anziano riceva un adeguato livello di supporto.

33 risposte

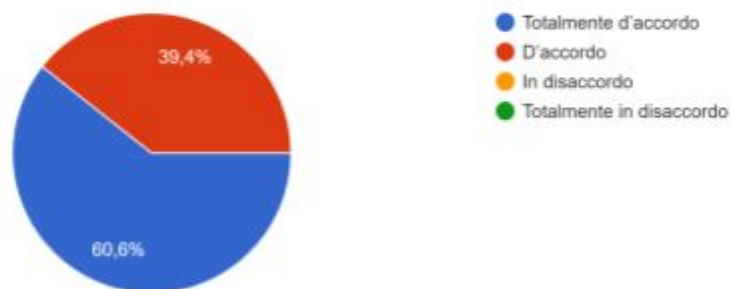


Figura 65-Domanda 1

Inoltre, riconoscono il PAI come mezzo per attuare una presa in carico a 360°(Figura.66) e per la creazione di un tipo di assistenza personalizzata, inoltre, affermano che alla stesura del piano viene incentivata la partecipazione dell'anziano e dei suoi familiari(Figura.67).

7. Secondo te il PAI è un valido strumento per personalizzare l'assistenza.

33 risposte

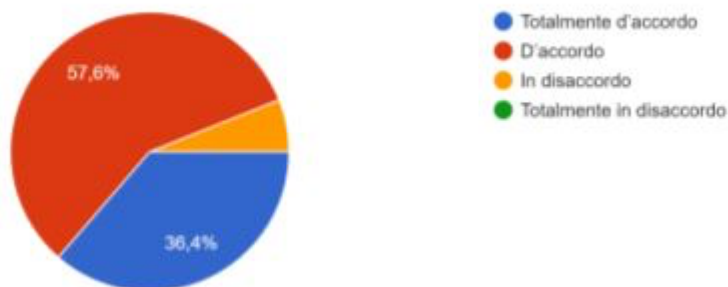


Figura 66-Domanda 7

2. Ritieni sia importante coinvolgere l'anziano e i suoi cari significativi nella stesura del PAI.

33 risposte

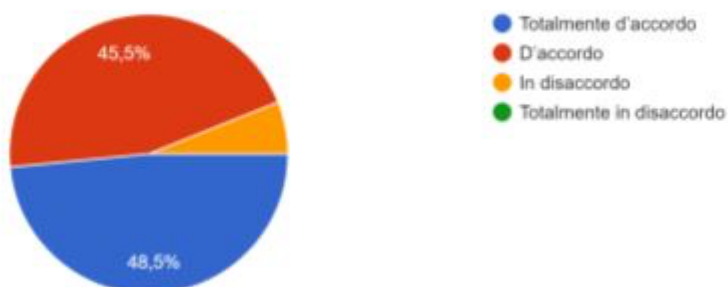


Figura 67-Domanda 2

Dal campione emerge la rilevanza data all'assistenza personalizzata (Figura.68), secondo loro gli ostacoli che impediscono la sua realizzazione vanno superati (Figura.69) e l'organizzazione deve saper rispondere in modo adeguato alle richieste dell'anziano (Figura.70).

3. E' importante che l'assistenza sia individualizzata e personalizzata.

33 risposte

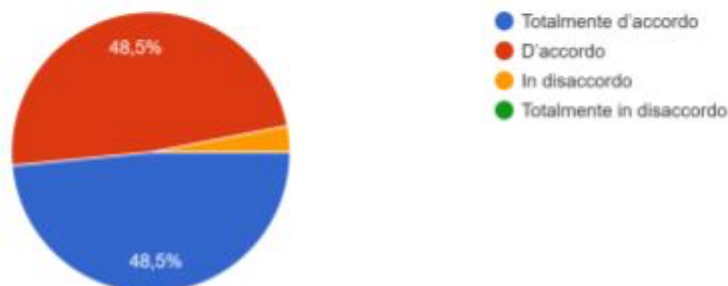


Figura 68-Domanda 3

4. E' importante superare gli ostacoli per consentire una effettiva individualizzazione dell'assistenza.

33 risposte

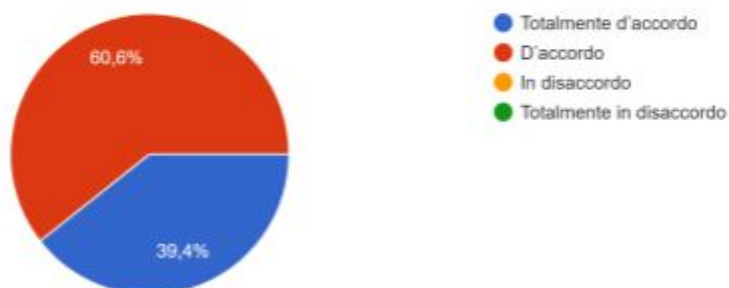


Figura 69-Domanda 4

5. Secondo te l'organizzazione sa adattarsi e rispondere in modo adeguato alle richieste dell'anziano.

33 risposte

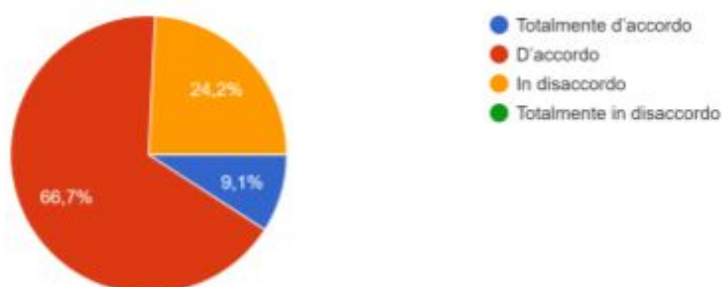


Figura 70.Domanda 5

Il personale ritiene che la realizzazione di una assistenza personalizzata sia promossa anche attraverso un'adeguata condivisione delle informazioni (Figura.71).

6. E' importante avere dei strumenti di condivisione delle informazioni sulla persona per attuare un tipo di assistenza individuale.

33 risposte

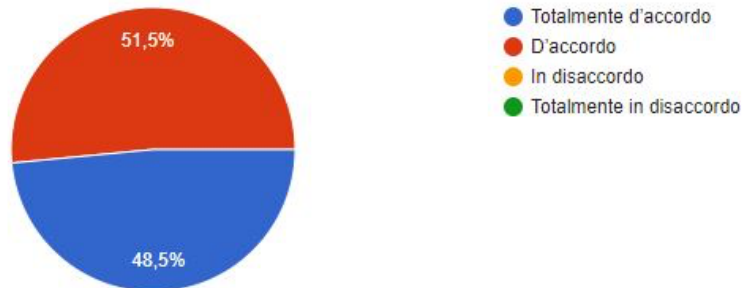


Figura 71-Domanda 6

In generale, riconoscono tale assistenza come mezzo per favorire la relazione con l'anziano (Figura.72), inoltre, viene percepita come uno strumento che pone al centro la persona e la sua storia di vita (Figura.73).

8. E' importante l'uso di una assistenza individualizzata per favorire la relazione con l'anziano.

33 risposte

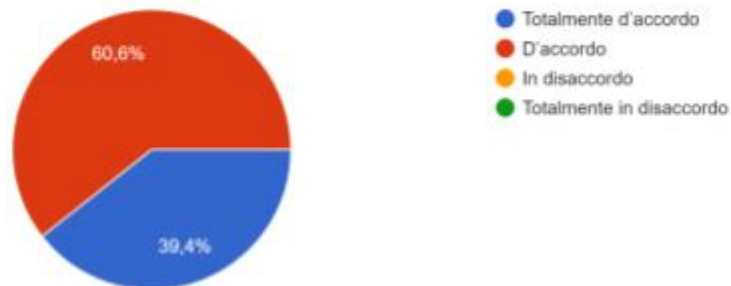


Figura 72-Domanda 8

9. Ritieni che una individualizzazione dell'assistenza mette al centro l'unicità dell'anziano e valorizza la sua storia di vita.

33 risposte

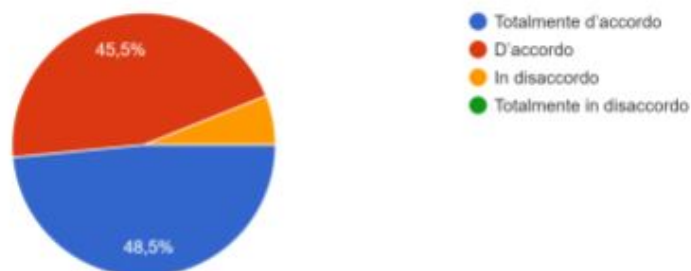


Figura 73-Domanda 9

Per quanto riguarda la qualità della relazione viene percepita come soddisfacente(Figura.74), aspetto che viene influenzato anche dalle attenzioni date a essa(Figura.75).

10. Secondo te una assistenza personalizzata e individuale permette di creare relazioni soddisfacenti con gli anziani.

33 risposte

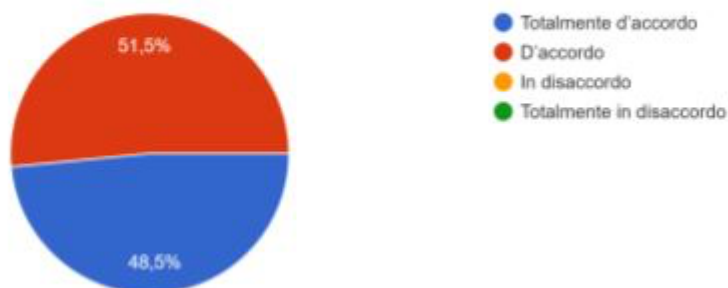


Figura 74-Domanda 10

11. Ritieni sia importante porre attenzione alla relazione con i residenti.

33 risposte

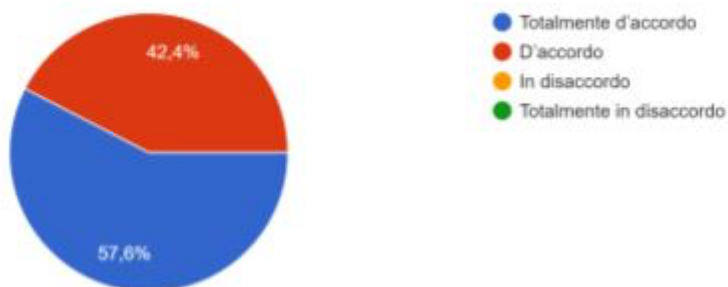


Figura 75-Domanda 11

Durante il periodo di emergenza i rispondenti ritengono che si siano mantenute adeguate modalità di accoglienza e di raccolta delle storie di vita (Figura.76), e riconoscono l'importanza di aver garantito anche in tale situazione la stesura dei piani assistenziali individuali(Figura.77) e gli incontri d'equipe per la stesura o modifica del PAI (Figura.78).

12. E' importante che nel periodo di emergenza si siano mantenute adeguate modalità di accoglienza e di raccolta delle storie di vita.

33 risposte

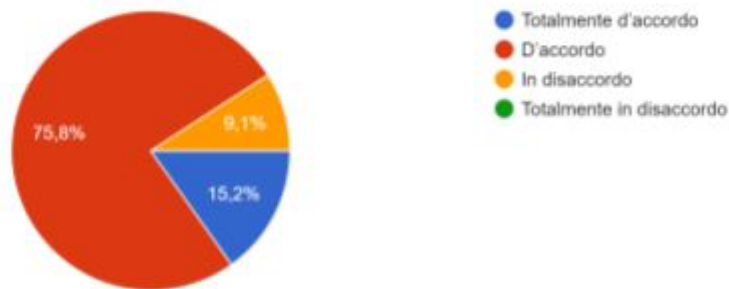


Figura 76-Domanda 12

13. E' importante che durante il periodo di emergenza sia garantita una continuità nella stesura del PAI.

33 risposte

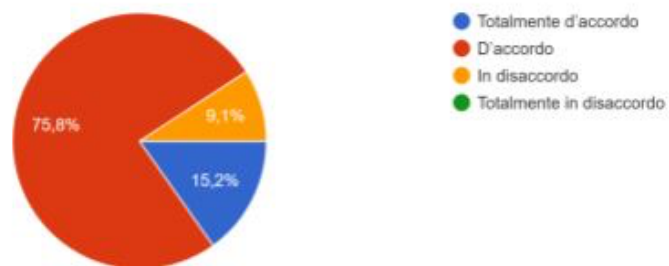


Figura 77-Domanda 13

14. E' importante aver garantito gli incontri del PAI e delle Equipe durante l'emergenza.

33 risposte

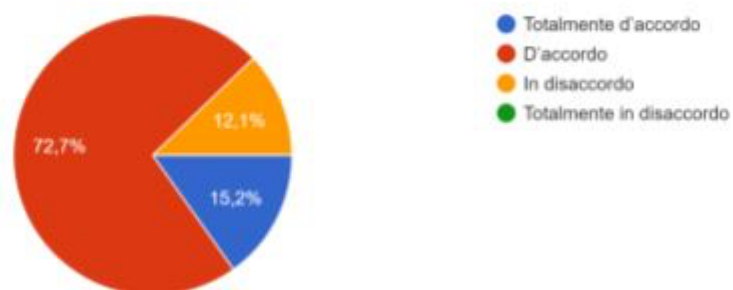


Figura 78-Domanda 14

- SOCIALITÀ: legami con il territorio

Secondo la totalità del campione la struttura si presenta radicata all'interno del territorio (Figura.79) anche grazie ai servizi che essa offre (Figura.80).

1. Secondo te la struttura è aperta al territorio.

33 risposte

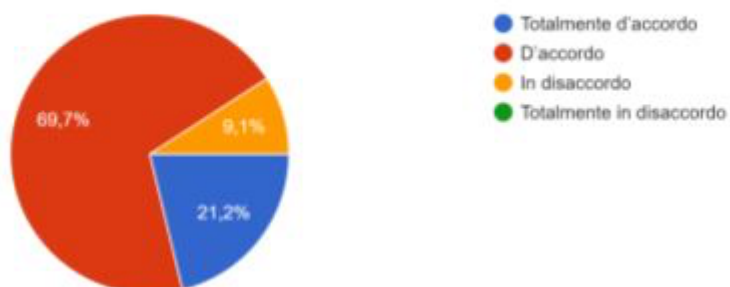


Figura 79-Domanda 1

2. Secondo te i servizi che la struttura offre al territorio sono sufficienti per dire che essa è aperta al territorio.

33 risposte

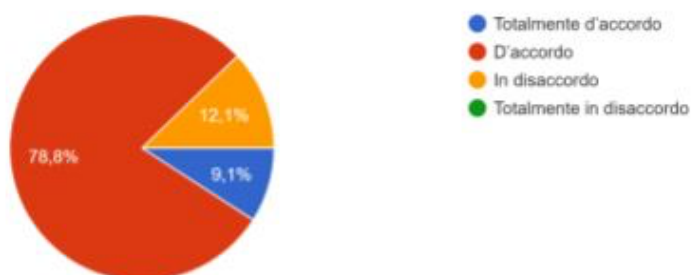


Figura 80-Domanda 2

Per quanto concerne il contatto con il territorio il personale riconosce l'impegno da parte dell'organizzazione nel favorire la contaminazione tra l'interno e l'esterno (Figura.81).

3. E' importante favorire la relazione tra residenti e territorio.

33 risposte

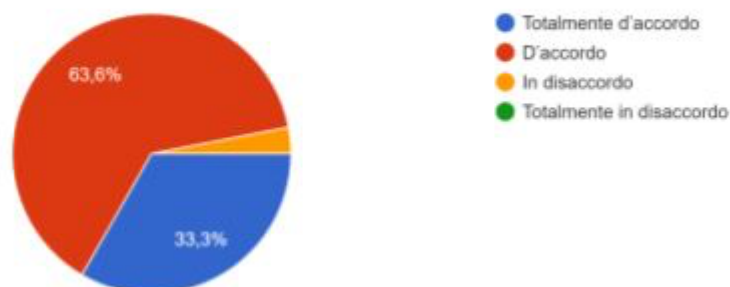


Figura 81-Domanda 3

Tale contaminazione viene incentivata attraverso l'uso del sito web e la carta dei servizi i quali permettono alla struttura di farsi conoscere(Figura.82) e dalla presenza di volontari tramite l'uso di progetti di Servizio Civile (Figura.83). Inoltre, la Socialità viene promossa anche tramite il coinvolgimento dei familiari alle attività dell'ente (Figura.84).

4. E' importante che la struttura si faccia conoscere verso l'esterno attraverso l'uso della carta dei servizi o sito web.

33 risposte

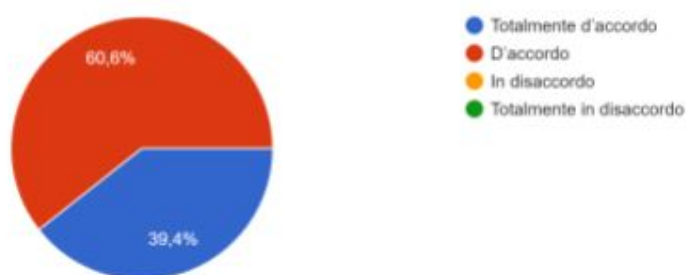


Figura 82-Domanda 4

5. Secondo te la relazione con il territorio viene favorita dalla presenza di volontari.

33 risposte

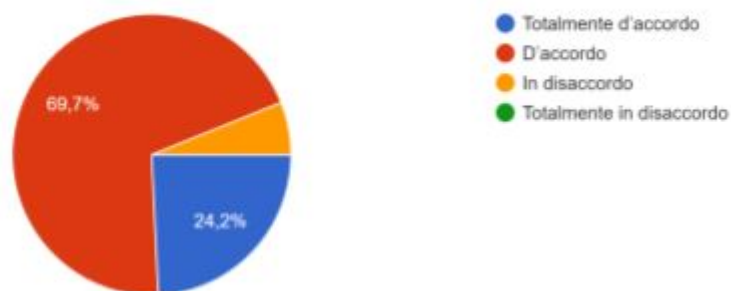


Figura 83-Domanda 5

6. E' importante coinvolgere i familiari o i cari significativi.

33 risposte

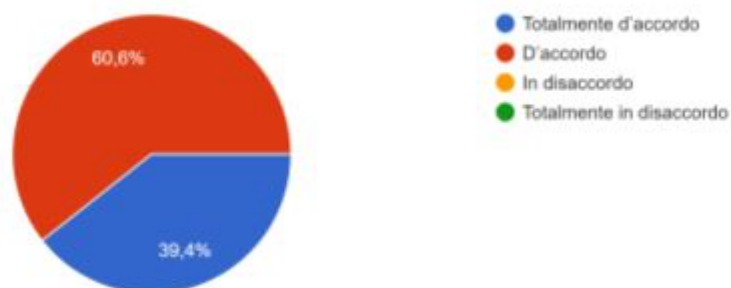


Figura 84-Domanda 6

Durante il periodo di emergenza il personale riconosce l'importanza dell'uso delle nuove tecnologie (es. tablet) per consentire una continuità di contatto con il territorio soprattutto con i familiari dei residenti (Figura.85).

7. E' importante che durante l'emergenza Covid19 si è cercato, nel rispetto delle norme, di avere un contatto con l'esterno anche con l'uso delle nuove tecnologie.

33 risposte

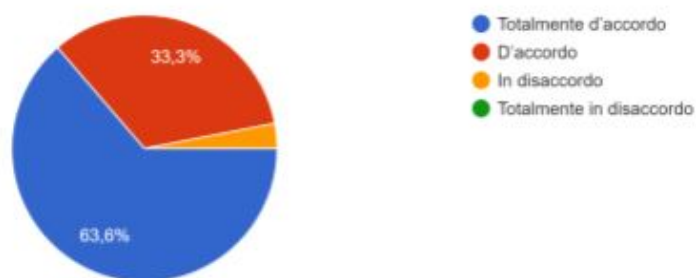


Figura 85-Domanda 7

Tali strumento si sono rivelati utili nella comunicazione delle misure anti-Covid che la struttura ha deciso di attuare le quali sono ritenute adeguate (Figura.86).

8. Ritieni adeguate le misure emergenziali usate .
33 risposte

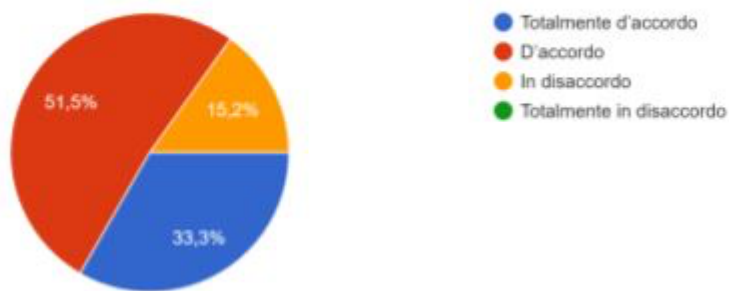


Figura 86-Domanda 8

- SALUTE: valutazione del rischio, conciliazione tra qualità della cura e qualità della vita e completezza delle informazioni

Il campione riconosce l'importanza di monitorare i rischi che possono derivare dall'istituzionalizzazione(Figura.87) la quale porta solo ad attuare modalità di assistenza senza tenere conto delle caratteristiche del soggetto, per ciò ritengono rilevante individuare buone pratiche che possano essere usate per gestire gli eventi avversi (Figura.88).

1. Secondo te è importante limitare i rischi derivati dall'istituzionalizzazione.
33 risposte

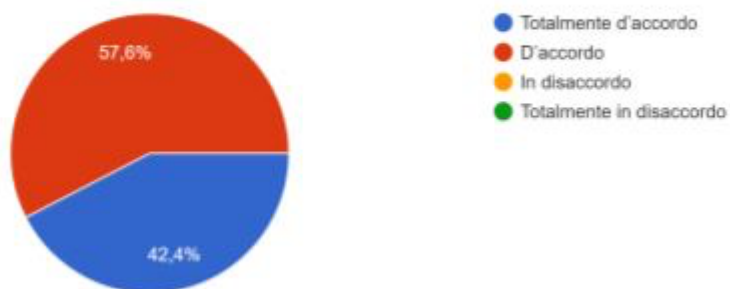


Figura 87-Domanda 1

2. E' importante individuare le buone prassi e gestire gli eventi avversi.

33 risposte

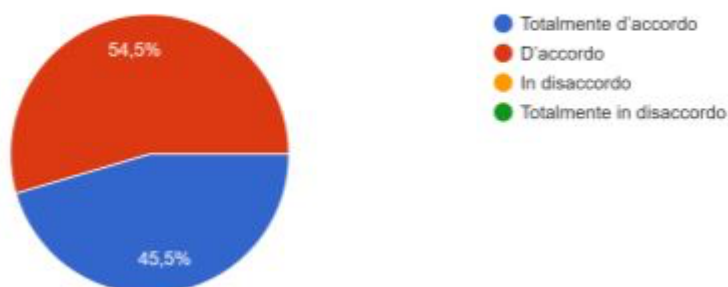


Figura 88-Domanda 2

L'individuazione di queste buone prassi permette di ridurre e di avere consapevolezza delle possibili conseguenze che le terapie possono avere sulla qualità di vita dell'anziano (Figura.89), a tale proposito secondo il campione all'interno dell'ente tale aspetto è migliorato negli anni(Figura.90).

3. E' importante ridurre e avere consapevolezza dell'impatto negativo che le terapie possono avere sulla qualità della vita dell'anziano.

33 risposte

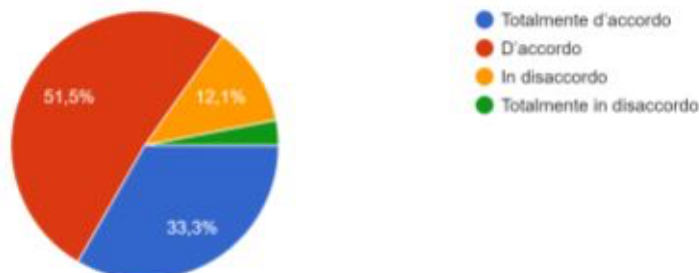


Figura 89-Domanda 3

4. Facendo riferimento alla domanda 3 secondo te sono stati fatti dei miglioramenti.

33 risposte

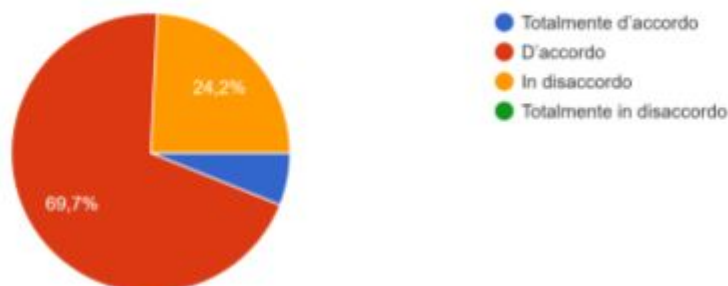


Figura 90-Domanda 4

Il personale ritiene che la conciliazione tra qualità della vita e delle cure debba cercarsi anche all'interno delle decisioni che esso, o meglio l'equipe, deve prendere per benessere dell'anziano (Figura.91).

5. E' giusto trovare un compromesso tra qualità delle cure e qualità della vita.

33 risposte

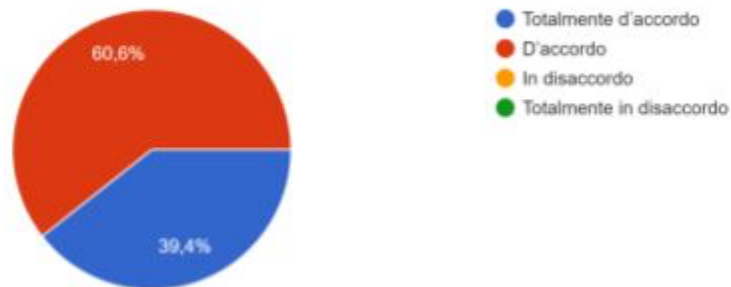


Figura 91-Domanda 5

Per quanto concerne la messa a disposizione e la completezza delle informazioni sanitarie il personale afferma che tali informazioni sono messe a disposizione dell'anziano (Figura.92) il quale può decidere liberamente se sottoporsi o meno alle cure previste (Figura.93).

6. E' importante mettere a disposizione dell'anziano le informazioni sanitarie e assistenziali.

33 risposte

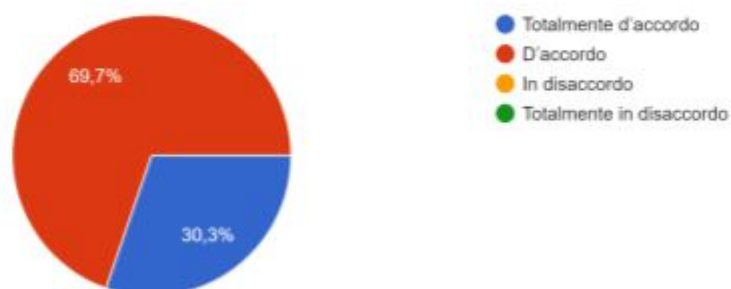


Figura 92-Domanda 6

7. E' importante rispettare il consenso informato.

33 risposte

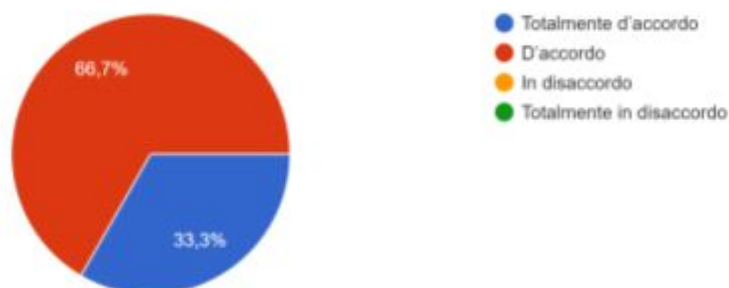


Figura 93-Domanda 7

Il personale concorda che anche durante il periodo di emergenza Covid-19 l'organizzazione abbia valutato i possibili rischi, legati all'istituzionalizzazione, che una compartimentazione ambientale comporta (Figura.94).

8. E' importante che anche durante il periodo di emergenza si siano considerati i rischi dell'istituzionalizzazione.

33 risposte

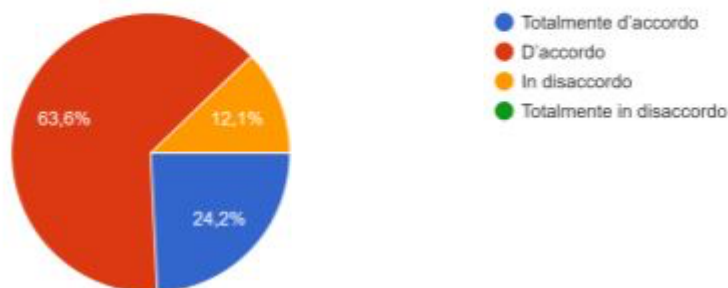


Figura 94-Domanda 8

Durante tale periodo secondo il 33,3% del campione afferma che nella scelta delle azioni da attuare si sia tenuto conto dell'equilibrio tra qualità delle cure e qualità della vita (Figura.95).

9. Secondo te durante il periodo di emergenza si è garantita una conciliazione tra qualità delle cure e qualità della vita.

33 risposte

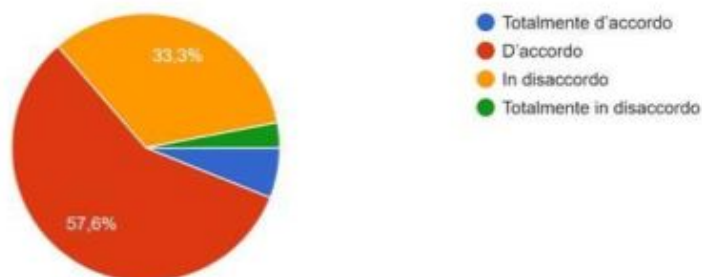


Figura 95-Domanda 9

Per quanto riguarda la completezza delle informazioni sanitarie il personale ritiene adeguate le modalità di comunicazione usate durante l'emergenza(Figura.96).

10. Ritieni adeguate le modalità di comunicazione delle informazioni sanitarie adottate durante il periodo di emergenza.

33 risposte

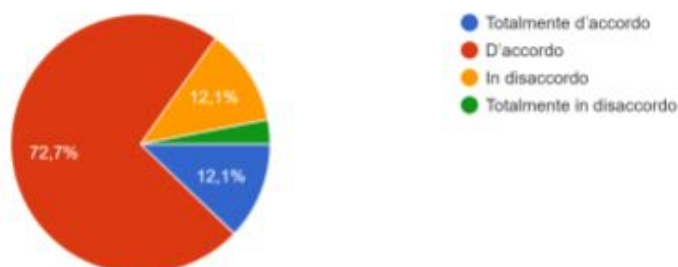


Figura 96-Domanda 10

- **LIBERTÀ:** muoversi senza restrizioni, partecipazione e autonomia economica

Il campione afferma che la politica dell'ente ha come obiettivo una riduzione dell'uso della contenzione fisica, anche apportando se necessario modifiche all'ambiente (Figura.97), inoltre, il 72,7% dei rispondenti si trova d'accordo nel sostenere che l'uso della restrizione fisica all'interno della struttura sia adeguato(Figura.98).

1. Per te è importante ridurre l'uso della contenzione fisica anche apportando modifiche all'ambiente.

33 risposte

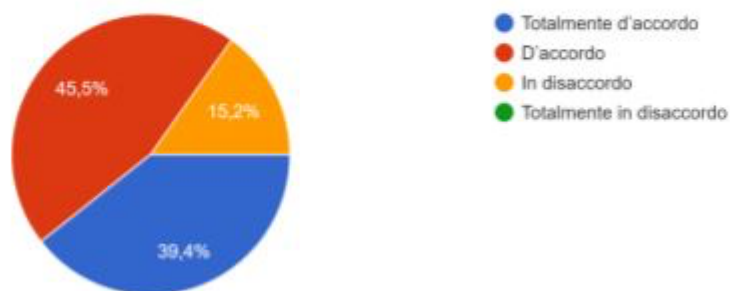


Figura 97-Domanda 1

2. Ritieni che l'uso della contenzione fisica sia adeguato.

33 risposte

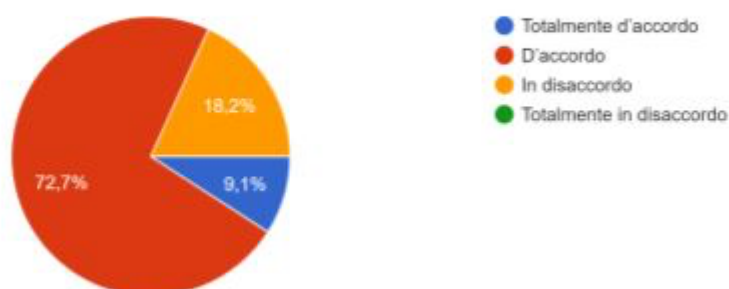


Figura 98-Domanda 2

Nell'ambito della possibilità di scelta e partecipazione la totalità del campione concorda che all'anziano venga lasciata autonomia e libertà azione in certi ambiti della sua vita (Figura.99).

3. E' importante che esistano degli ambiti della vita quotidiana in cui l'anziano può decidere di partecipare.

33 risposte

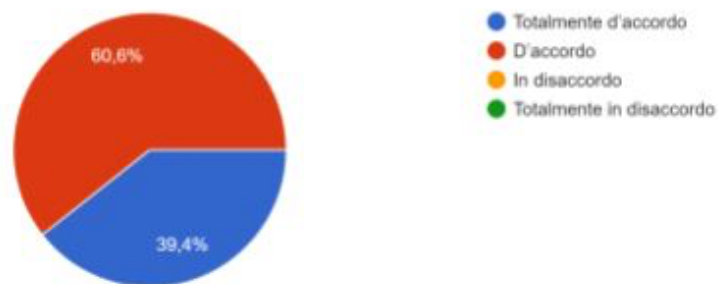


Figura 99-Domanda 3

Per cui il campione riconosce che all'interno dell'ente esiste una promozione della cultura della libertà e del rispetto delle scelte fatte dal soggetto(Figura.100), le quali secondo i soggetti sono rispettate anche nel momento in cui l'anziano è impossibilitato ad esprimersi (Figura.101).

4. E' importante che all'anziano venga lasciata possibilità di scelta e che possa essere partecipe delle decisioni che lo riguardano.

33 risposte

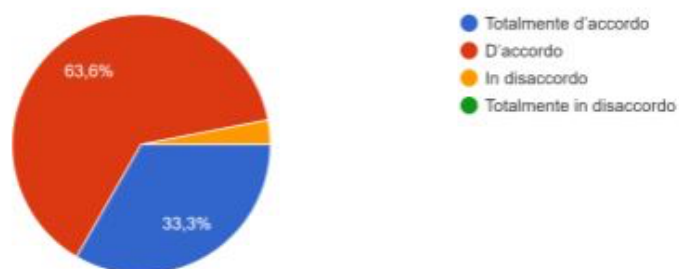


Figura 100-Domanda 4

5. E' importante rispettare le scelte fatte anche dalle persone che per degenerazione della malattia non sono più in grado di esprimersi.

33 risposte

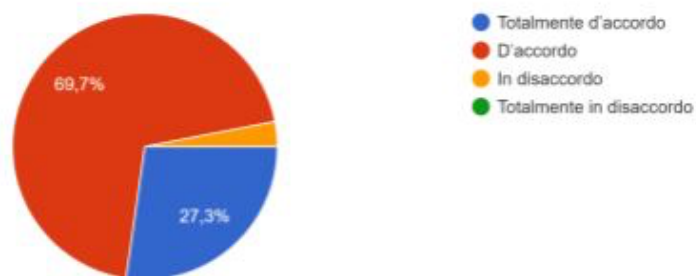


Figura 101-Domanda 5

Nella pratica lavorativa il 63,6% del campione concorda che la libertà di scelta venga rispettata, invece il 27,3% dei soggetti si trova in disaccordo(Figura.102), ma comunque tra gli operatori si riconosce l'importanza di essere consapevoli e responsabili verso l'autonomia dell'anziano(Figura.103).

6. Nella pratica lavorativa si realizza a pieno tale libertà.

33 risposte

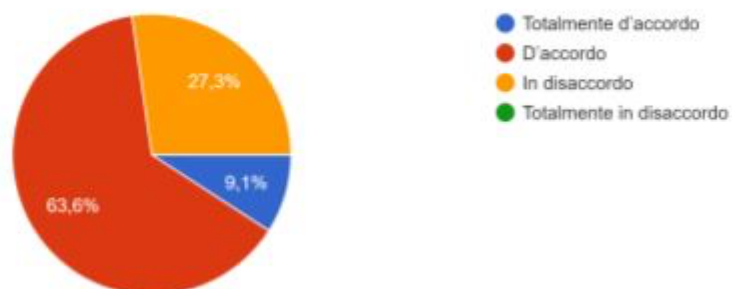


Figura 102-Domanda 6

7. E' importante essere consapevoli e responsabili per quanto riguarda tale libertà.

33 risposte

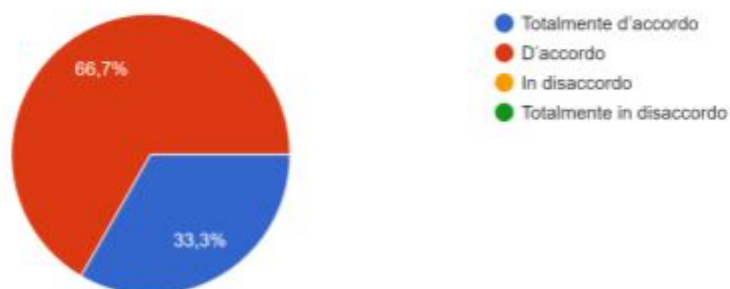


Figura 103-Domanda 7

Per quanto concerne la gestione del denaro il campione concorda con il fatto che il residente debba avere una gestione personalizzata del proprio denaro la quale comprende una adeguata modalità di supporto per la gestione della parte economica e strumenti personalizzati di custodia(Figura.104).

8. E' importante che ogni anziano abbia una gestione personalizzata del denaro.

33 risposte

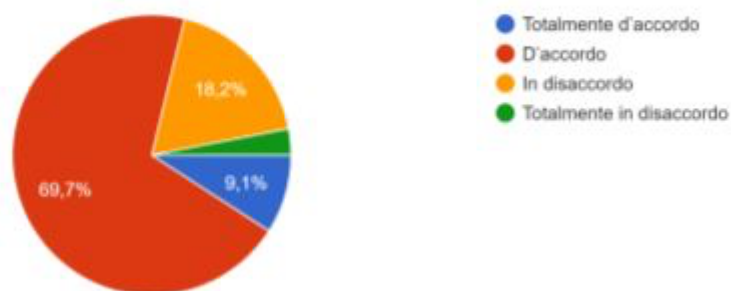


Figura 104-Domanda 8

Durante il periodo di emergenza Covid-19 il personale ritiene che anche in presenza delle misure di compartimentazione si è cercato di garantire un buon livello di libertà all'ospite(Figura.105).

9. Secondo te anche con la presenza delle misure anti Covid19 si è comunque garantita la libertà dell'anziano.

33 risposte

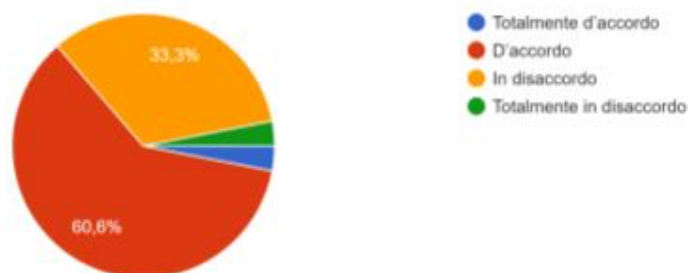


Figura 105-Domanda 9

Per quanto concerne l'uso della contenzione fisica e farmacologica la totalità del campione ritiene che sia stata usata in modo adeguato (Figura.106).

10. Durante l'emergenza si è cercato di usare in modo adeguato la contenzione fisica e farmacologica.

33 risposte

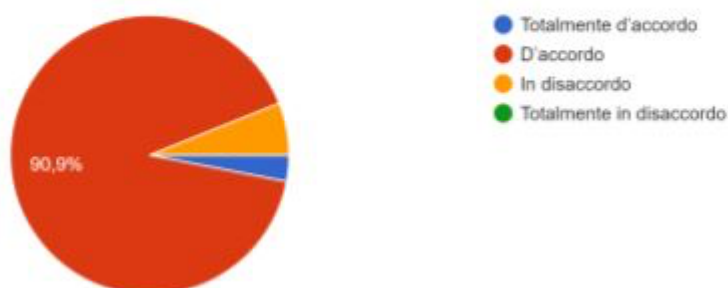


Figura 106-Domanda 10

E concordano che nella scelta della misure anti Covid da attuare la struttura abbia coinvolto anche gli anziani(Figura.107).

11. Ritieni importante che durante l'emergenza gli anziani siano stati coinvolti nelle scelte delle misure Covid da adottare.

33 risposte

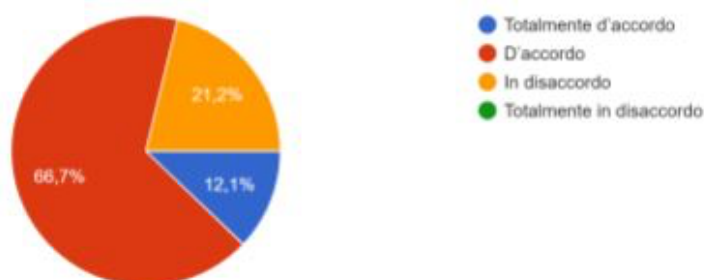


Figura 107-Domanda 11

- GUSTO: varietà dell'alimentazione e adattamento alle varie patologie

La totalità del campione ritiene che il menù giornaliero presti attenzione alla ciclicità degli alimenti(Figura.108) e sostiene che i piatti siano apprezzati a livello di gusto e visivo(Figura.109).

1. Secondo te viene garantita la ciclicità e la varietà del menu.
33 risposte

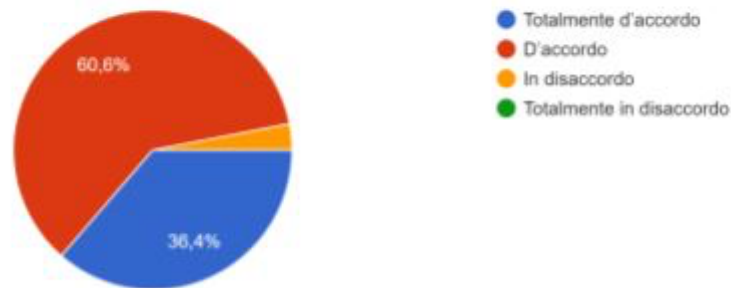


Figura 108-Domanda 1

2. Ritieni che dal punto di vista visivo e del gusto siano apprezzati i piatti.
33 risposte

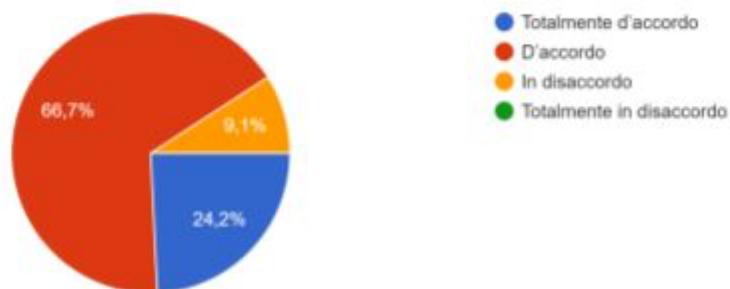


Figura 109-Domanda 2

Per quanto concerne il servizio di distribuzione dei pasti concordano sul fatto che sia ben eseguito, e che gli ambienti usufruiti come refettori siano ben curati e adeguati(Figura.110 e Figura.111).

3. Secondo te il servizio di distribuzione dei pasti e l'ambiente sono ben curati.

33 risposte

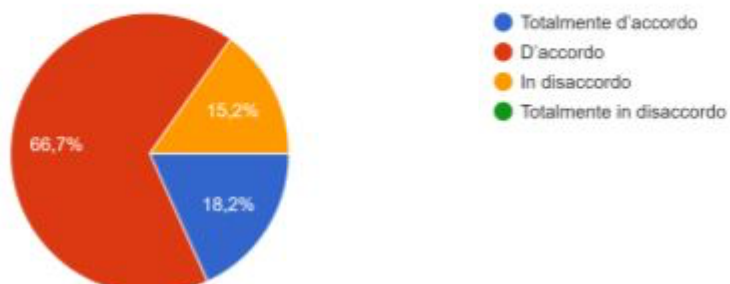


Figura 110-Domanda 3

5. Secondo te la sala o le sale mensa presenti in struttura sono adeguate.

33 risposte

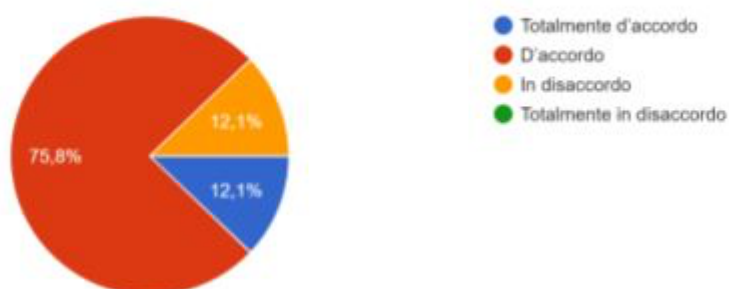


Figura 111-Domanda 5

Ritengono importante che gli anziani siano a conoscenza del menù giornaliero, infatti concordano sul fatto che esso vada pubblicato ogni giorno(Figura.112) e che sia dedicata una preparazione di piatti appositi per gli anziani con determinate patologie(Figura.113).

4. E' importante comunicare e pubblicare ogni giorno il menù così che l'anziano ne sia a conoscenza.

33 risposte

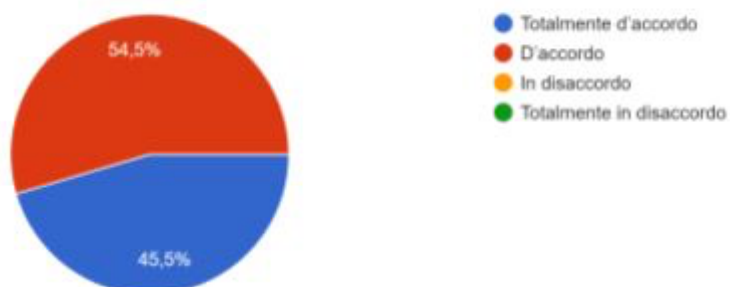


Figura 112-Domanda 4

6. E' importante che sia dedicato un menù apposito agli anziani con determinati problemi.
33 risposte

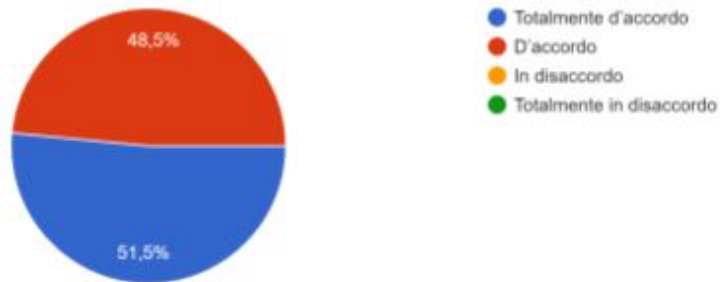


Figura 113-Domanda 6

In tal caso il campione afferma che anche i piatti degli anziani con determinate patologie si presentano ben curati, così che anche i residenti meno autonomi possano vivere con benessere i momenti dei pasti(Figura.114).

7. E' importante garantire la qualità nel momento del pasto anche ai residenti meno autonomi.
33 risposte

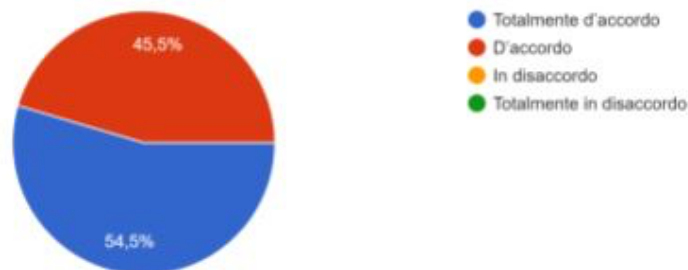


Figura 114-Domanda 7

Per quanto riguarda la gestione dei pasti durante il periodo di emergenza Covid il personale ritiene che si siano prestabilite adeguate misure di controllo(Figura.115) e il 66,7% del campione concorda che anche con la presenza di tali misure il pasto è rimasto comunque un momento conviviale(Figura.116).

8. Ritieni adeguate le modalità di gestione del pasto durante il periodo di emergenza.

33 risposte

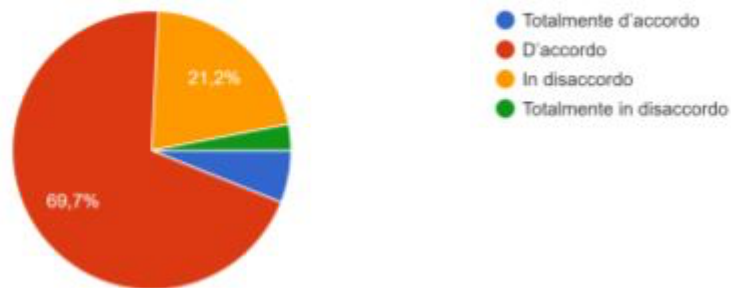


Figura 115-Domanda 8

9. Secondi te anche con la presenza delle misure anti Covid19 il pasto è continuato ad essere un momento conviviale.

33 risposte

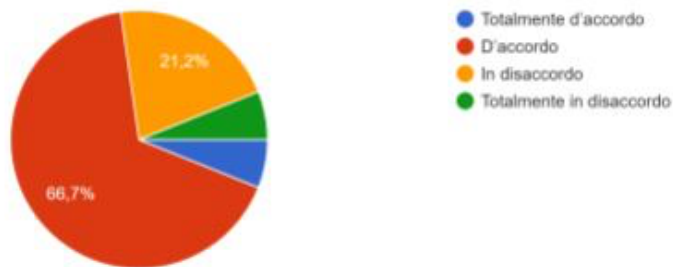


Figura 116-Domanda 9

- **VIVIBILITÀ:** percezione del clima interno, valorizzazione della competenze del personale e promozione della vivibilità

Il 63,6% del campione si trova d'accordo nel dire che all'interno della struttura si presenta un buon clima (Figura.117), il quale si rispecchia anche nelle relazioni tra colleghi infatti la maggioranza dei rispondenti si ritiene soddisfatto delle relazioni. Solo una piccola percentuale invece si ritiene insoddisfatta della relazione che si è instaurata tra colleghi, tale dato può essere interpretato non come la presenza di un cattivo clima ma come la presenza di preferenze personali. (Figura.118)

1. Secondo te all'interno della struttura è presente un buon clima.

33 risposte

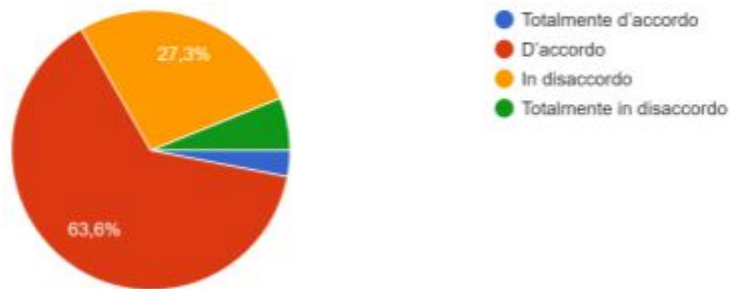


Figura 117-Domanda 1

2. Ti ritieni soddisfatto della relazione che si crea tra colleghi.

33 risposte

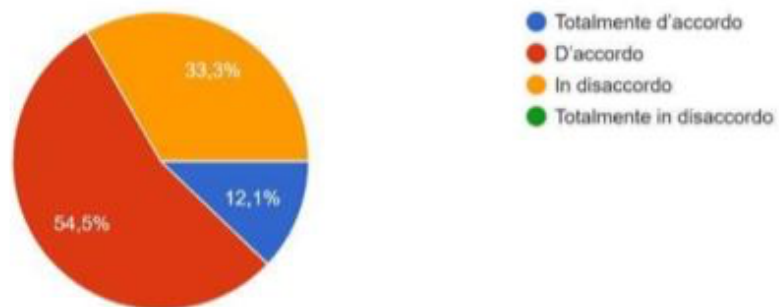


Figura 118-Domanda 2

Per quanto concerne la percezione della distribuzione dei carichi di lavoro il 60,6% del campione sostiene che siano divisi in modo equo mentre il 36,4% è in disaccordo che nella divisione delle mansioni ci sia una certa equità. (Figura.119)

3. Secondo te i carichi di lavoro sono distribuiti in modo equo.

33 risposte

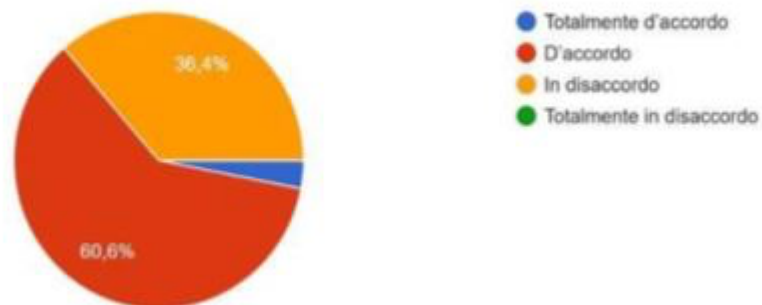


Figura 119-Domanda 3

Il personale a fine turno in generale si presenta di buon umore e appagato del lavoro svolto se i residenti sono soddisfatti del servizio ricevuto, alcuni presentano

preoccupazione ma ciò può essere dovuto alla situazione emergenziale vissuta. In generale gli stati d'animo prevalenti sono serenità e stanchezza intesa come fisica(Figura.120).

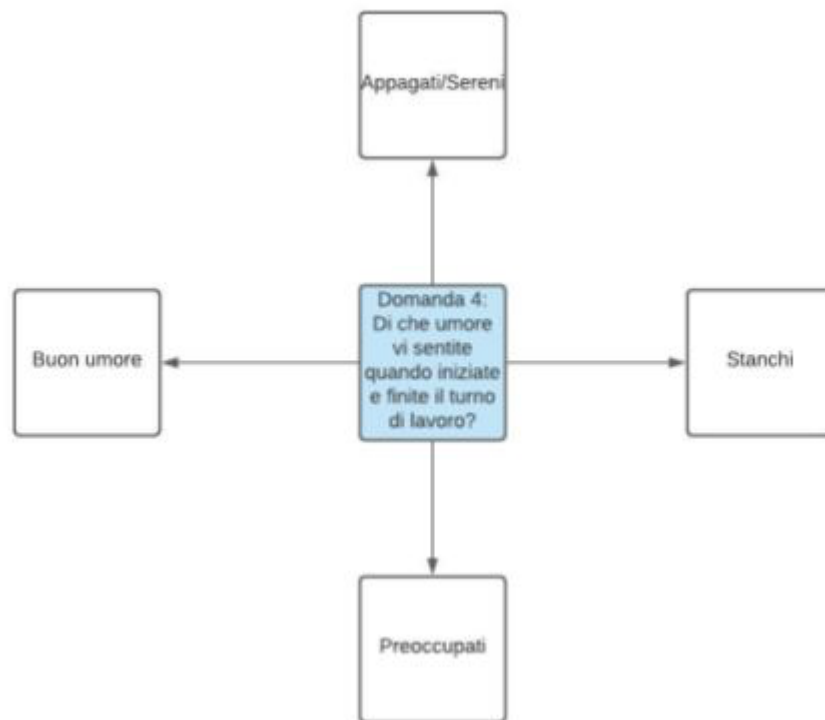


Figura 120-Domanda 4

Il valore della Vivibilità comprende anche il percorso formativo in cui è impegnato il personale, a tale proposito il totale del campione ritiene importante che l'organizzazione investa nella formazione e che sappia valorizzare adeguatamente le competenze(Figura.121).

5. Secondo te è importante che ci sia un percorso formativo e una valorizzazione delle competenze.
33 risposte

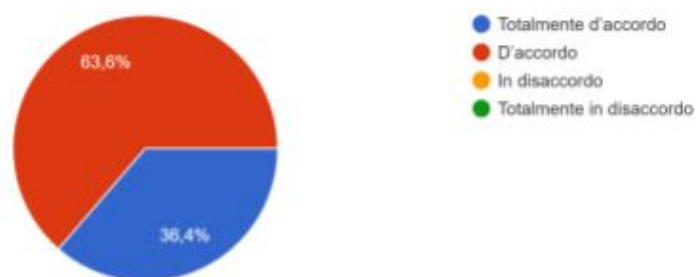


Figura 121-Domanda 5

Inoltre concordano che particolare attenzione deve essere data alle eventuali ricadute formative che possono allontanare da quanto appreso(Figura.122).

6. E' importante porre attenzioni ad eventuali ricadute formative.

33 risposte

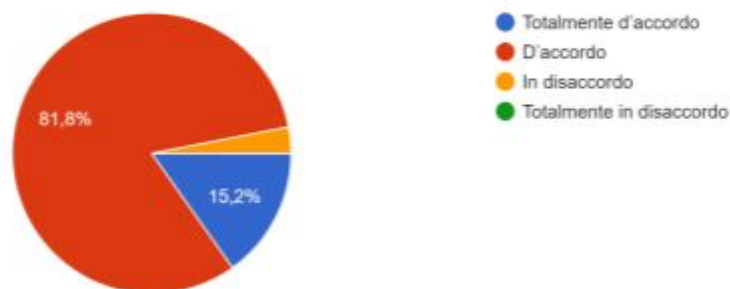


Figura 122-Domanda 6

I soggetti rispondenti sono in accordo nel sostenere che quanto appreso durante i corsi formativi debba essere applicato in ambito lavorativo(Figura.123), infatti il 78,5% concorda che l'organizzazione li stimoli a mettere in pratica le competenze acquisite(Figura.124).

7. Secondo te è importante mettere in pratica quanto appreso durante la formazione.

33 risposte

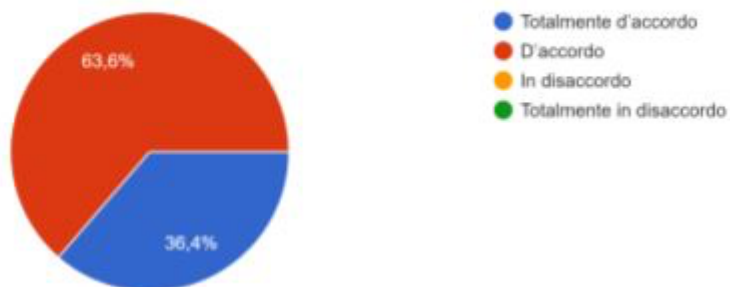


Figura 123-Domanda 7

8. L'organizzazione stimola ad utilizzare gli apprendimenti durante la pratica lavorativa.

33 risposte

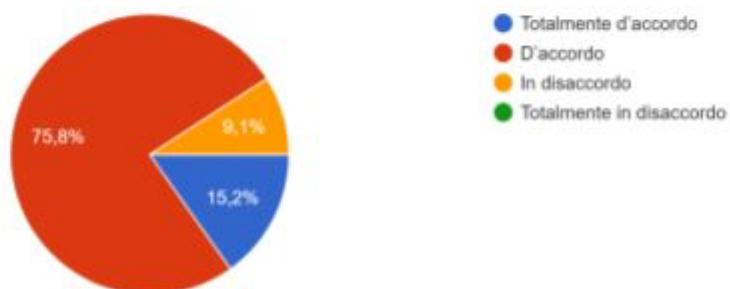


Figura 124-Domanda 8

Il valore della Vivibilità vuol dire anche promuovere l'orientamento (Figura.125), la differenziazione degli spazi(Figura.126) e la promozione del benessere organizzativo elementi che secondo il campione sono sostenuti(Figura.127).

9. Secondo te la struttura è accogliente ed è facile orientarsi.

33 risposte

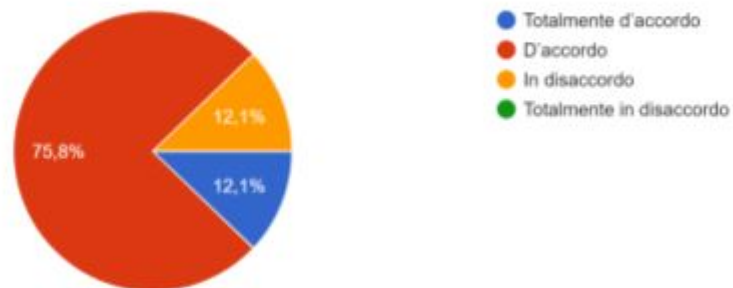


Figura 125-Domanda 9

10. Ritieni che gli spazi e le attività siano ben differenziati.

33 risposte

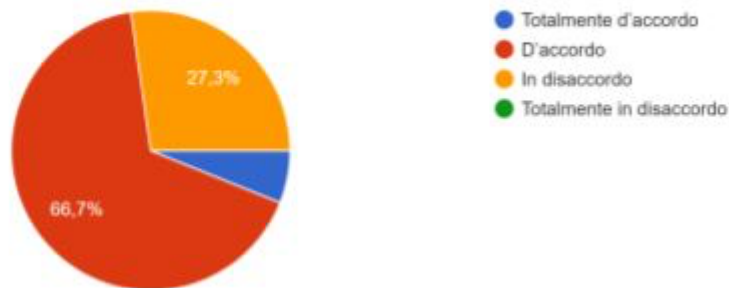


Figura 126-Domanda 10

11. Secondo te è promosso il benessere organizzativo.

33 risposte

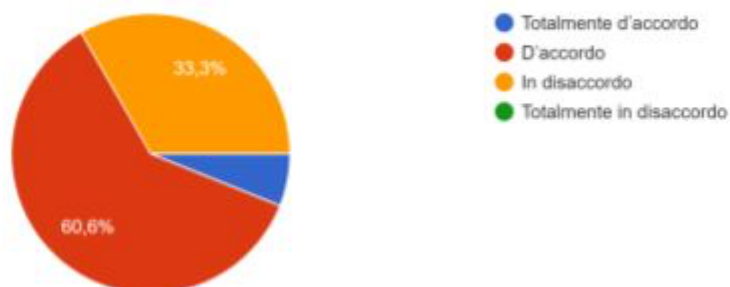


Figura 127-Domanda 11

Il benessere organizzativo viene promosso anche tramite il controllo delle situazioni stressanti, essendo che l'emergenza Covid vissuta in struttura è stata difficile anche dal punto di vista emotivo il campione ritiene importante che l'organizzazione abbia rilasciato informazioni utili per gestire i picchi più alti di stress i quali possono sfociare in burn out. (Figura.128)

12. Durante il periodo di emergenza è stato importante saper come gestire lo stress e il burn out.
33 risposte

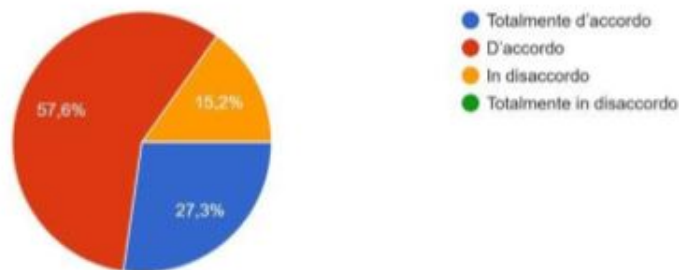


Figura 128-Domanda 12

Perciò la vivibilità viene anche espressa dalle azioni che l'organizzazione mette in campo per sostenere il personale, infatti il campione si è sentito adeguatamente accompagnato durante l'emergenza(Figura.129).

13. Ti sei sentito adeguatamente supportato durante l'emergenza.
33 risposte

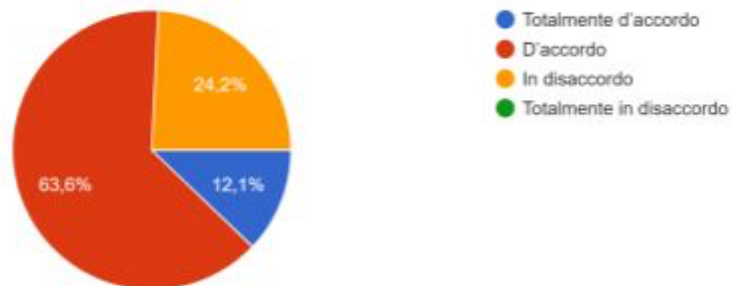


Figura 129-Domanda 13

Importante è notare che anche in presenza di un forte stress il campione non ha percepito cambiamenti del clima lavorativo durante tali momenti. (Figura.130)

14. Ritieni che il clima in struttura sia cambiato durante l'emergenza.

33 risposte

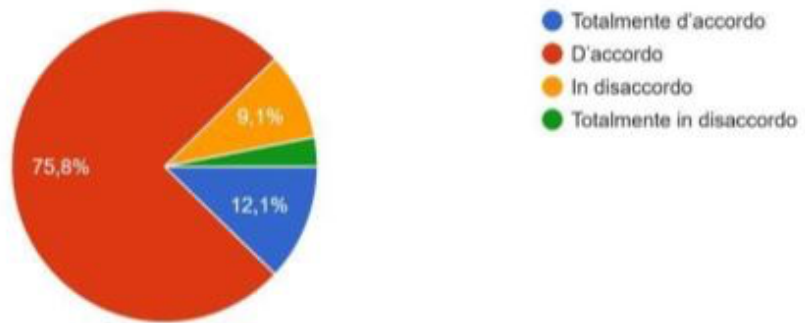


Figura 130-Domanda 14

Il campione ritiene di aver ricevuto adeguato sostegno formativo durante l'emergenza(Figura.131) e che nel rispetto delle norme anti Covid si sia comunque mantenuto un adeguato livello di qualità della vita(Figura.132).

15. Secondo te la formazione è stata adeguata.

33 risposte

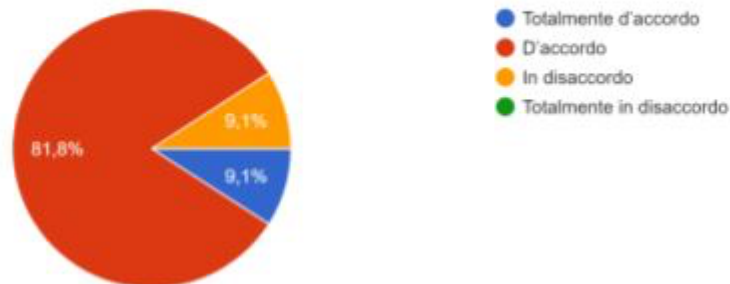


Figura 131-Domanda 15

16. Secondo te durante il periodo di emergenza si è cercato di mantenere un buon livello di qualità della vita.

33 risposte

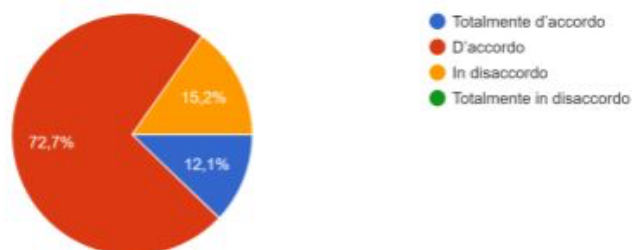


Figura 132-Domanda 16

Per quanto riguarda la gestione degli spazi secondo il 78,8% dei rispondenti la compartimentazione degli spazi è stata ben gestita(Figura.133) e ritengono

importante che anche in tale stato di emergenza la struttura abbia continuato ad avere contatti con l'esterno(Figura.134).

17. Secondo te nel rispetto delle normative anti Covid19 gli spazi presenti in struttura sono stati ben gestiti.

33 risposte

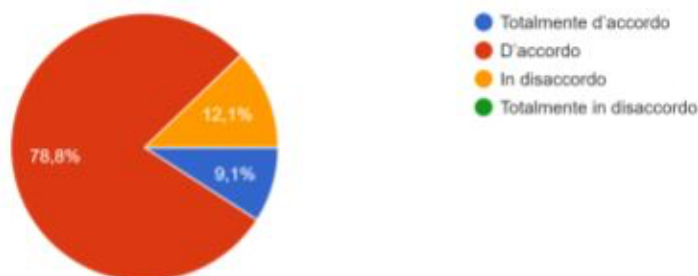


Figura 133-Domanda 17

18. E' importante durante il periodo di emergenza aver permesso il contatto con i cari significativi.

33 risposte

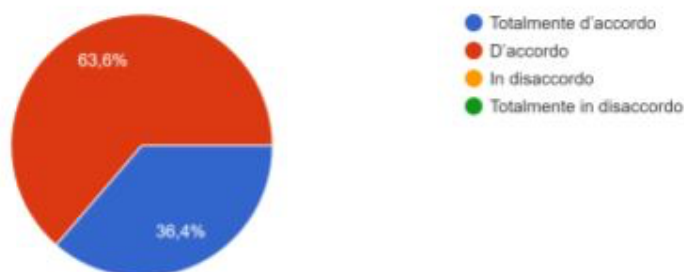


Figura 134-Domanda 18

4.2 INTERPRETAZIONE E DISCUSSIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA

4.2.1 Interpretazione

Nel paragrafo precedente si sono presentati i dati emersi dalle risposte del campione, ora si passerà all'interpretazione delle parti rilevanti.

Il valore del *Rispetto* consiste in azioni messe in campo dall'organizzazione volte al rispetto degli spazi, dei tempi, della privacy, dei ritmi della persona e dei valori dell'anziano. Dalle risposte date il campione riconosce che la promozione del valore del *Rispetto* passa attraverso un adattamento del quotidiano ai ritmi delle persone e dalla gestione di quei momenti che per l'anziano possono essere imbarazzanti come ad esempio il momento dell'igiene personale, a tal proposito

viene sottolineato la rilevanza nell'uso di programmi che garantiscano la dignità e la riservatezza. Il campione si ritiene che tra i vertici dell'ente e l'anziano sia presente una comunicazione efficace la quale viene favorita dalla valorizzazione delle istanze e dalla vicinanza di contatto con il Direttore o Coordinatrice, ciò fa comprendere che l'ente riconosce l'anziano come soggetto attivo dentro la struttura il quale diventa co-partecipe al miglioramento del servizio. Durante il periodo di emergenza l'organizzazione ha cercato di incentivare il valore del *Rispetto*, anche se dalle risposte emerge che una parte del campione ritiene che non si sia potuto mantenere una adeguata flessibilizzazione degli orari, ciò può essere collegato all'osservanza delle misure di compartimentazione che hanno permesso solo in parte di attuare delle personalizzazioni del quotidiano. In generale anche in tale situazione il personale ha cercato di attuare delle misure adeguate che permettessero la flessibilizzazione degli orari e si è cercato di mantenere viva la comunicazione tra vertice e residente.

Per quanto concerne l'*Autorealizzazione* può essere definita come la possibilità di mettere in pratica le proprie passioni, desideri, stili di vita e di sentirsi appagati. Dalle risposte emerge che la struttura mette in pratica tale valore permettendo agli anziani una continuità con i loro stili di vita ma anche coltivare nuove passioni. Ciò consente all'anziano di poter mantenere viva la sua identità, la quale a causa della degenerazione della malattia può andare persa, e di poter ancora sentire il piacere della scoperta la quale viene vista come un mezzo che permette di andare oltre la propria condizione di malato. Ciò si evidenzia attraverso l'uso di progetti o programmi usati per promuovere la creatività del residente, il che vuol dire che l'organizzazione sa percepire le potenzialità inesprese del soggetto e sa vedere la persona oltre la malattia. L'Autorealizzazione si traduce anche nell'incoraggiare la persona a prendersi cura di sé ciò è permesso dalla creazione di un ambiente piacevole per l'anziano in cui esso si possa sentire al sicuro e a suo agio anche nei momenti di igiene. I momenti di cura della persona all'interno dell'ente sono percepiti come positivi poiché apprezzati dai residenti, tale apprezzamento può essere anche dato dal fatto che il personale lascia libertà all'anziano di autodeterminarsi ad esempio attraverso la scelta del vestiario.

Per quanto concerne il periodo di emergenza Covid-19 il campione riconosce che anche nel rispetto delle misure di compartimentazione si è cercato di dare la possibilità all'anziano di continuare ad avere un proprio stile di vita e coltivare nuovi interessi. Inoltre, l'organizzazione ha fatto in modo che l'anziano avesse comunque un ruolo attivo all'interno della struttura. Per quanto riguarda le cure estetiche emerge che ne è stata garantita la continuità per consentire all'anziano di sentirsi bene con la sua persona.

L'*Operosità* questo termine viene definito come l'espressione delle proprie capacità, abitudini, competenze, dell'agire quotidiano e nel tempo libero, superando ove è possibile la condizione di non autosufficienza. Il personale riconosce l'importanza di promuovere l'autonomia della persona e di farla sentire partecipe della vita in struttura mettendo in campo azioni che gli permettano di essere operativo all'interno dell'ente, tali azioni possono essere apparecchiare e sparecchiare le tavole, occuparsi della lavanderia e di dare valore quelle attività che possono apparire senza senso. Ciò consente all'anziano di attivare le sue potenzialità ma a anche di sentirsi competente. Per quanto riguarda le attività di animazioni il campione le ritiene adeguate ciò può vuol dire che la struttura promuove attività con cui l'anziano trae piacere senza sentirsi infantilizzato. Anche qui ritorna la promozione della partecipazione dell'anziano poiché può proporre e scegliere le attività quotidiane.

Il valore dell'Autorealizzazione si è mantenuto anche durante il periodo di emergenza poiché la struttura ha comunque promosso attività occupazionali e usato attività di animazione adeguate agli ospiti.

Il valore dell'*Affettività* viene inteso come la possibilità di poter continuare a coltivare relazioni sia dentro che fuori dalla struttura, attraverso l'uso oggetti personali e animali domestici. Dalle risposte si evince che l'ente incoraggia le relazioni con i cari significativi e i legami che i residenti possono creare fra loro. L'affettività viene promossa permettendo all'anziano di portare con sé oggetti dal valore affettivo i quali permettono di creare una personalizzazione degli spazi privati e di riconoscere la stanza come tale. Affettività vuol dire agevolare l'incontro con animali domestici dal valore affettivo i quali possono diventare un mezzo per rivivere determinati ricordi riconosciuti come strumento per arricchire

la storia di vita del residenti. Per quanto concerne il personale il valore dell'*Affettività* diventa utile per affinare la loro empatia in quanto riconoscono il valore affettivo degli oggetti che l'anziano porta con sé, sanno individuare quali sono le relazioni che procurano benessere alla persona e diventano un aiuto per il residente poiché tramite essi può dare nome alle sue emozioni.

L'importanza di mantenere vive le relazioni affettive viene sottolineata anche durante il periodo di emergenza, tale aspetto è un elemento di aiuto per l'anziano in quanto gli ha permesso di avere una continuità con i legami per lui rilevanti. Per quanto riguarda il ruolo degli animali durante l'emergenza il personale si divide, come si è visto il 48% dei rispondenti ritiene che la presenza di animali è stata di conforto invece 51% ritiene che non siano stati d'aiuto, ciò può essere dovuto al fatto che non c'è stata la possibilità di poter ospitare animali in struttura a causa delle misure anti Covid.

L'*Interiorità* può essere definita come la possibilità di usufruire di spazi per il raccoglimento spirituale, per riflettere sul sé e sulla propria vita. Il personale riconosce la rilevanza di creare una routine all'interno della vita dell'anziano che gli permetta di poter vivere i momenti importanti per lui tra cui il momento delle funzioni religiose le quali gli permettono di scandire i propri ritmi di vita. La presenza di un funzionario religioso e la presenza di luoghi consoni al raccoglimento sono riconosciuti come mezzi che permettono agli anziani di poter rielaborare la propria vita. Anche l'attività dello psicologo viene vista come uno strumento che permette la rielaborazione del vissuto e della condizione di dipendenza che vive il soggetto. Dal campione viene riconosciuta l'utilità della presenza in struttura di ambienti di rilassamento in cui l'anziano possa esprimere in libertà le proprie emozioni. Il valore dell'*Interiorità* si esplicita anche nel rispetto dell'anziano nel momento del decesso, infatti, l'accompagnamento alla morte viene riconosciuto dal personale come un momento delicato per il soggetto ma anche per i suoi famigliari. Inoltre, gli operatori sottolineano come durante tale evento venga a crearsi una situazione di fiducia con i familiari, ciò può essere dovuto al fatto che le indicazioni date dall'organizzazione per gestire tali momenti promuovono il benessere della persona e il suo rispetto. Per quanto concerne il periodo di emergenza Covid dalle risposte emerge che si sono messe in campo

azioni utili alla promozione di tale valore. Il personale ritiene che in tale momento il supporto dato dal funzionario religioso e dalla psicologa sia stato adeguato. Interessante è notare che anche in un momento difficile come questo si è comunque cercato di attuare adeguate misure di accompagnamento alla morte ciò vuol dire che il rispetto della persona non è venuto meno.

Il valore del *Comfort* può essere così definito: come la possibilità di poter usufruire dell'ambiente in cui si vive coniugando le esigenze personali. Ciò si traduce nell'uso di azioni che consentano agli anziani di poter usufruire di spazi verdi in modo libero e in totale sicurezza permettendo l'accesso anche alle persone non autosufficienti. Il Comfort vuol dire anche poter vivere l'ambiente della struttura in sicurezza utilizzando progetti che lo modifichino in base alla mutevole condizione dell'anziano, tale impegno viene confermato all'interno della struttura la quale attua iniziative volte a modificare l'ambiente per adattarlo alle esigenze degli ospiti. Ciò non interessa sono gli spazi comuni ma anche gli spazi privati sono percepiti come ben curati e vivibili in modo sicuro anche dalle persone affette da demenza. Rilevante è come il campione percepisca la stanza privata del residente, come si è detto la totalità dei rispondenti la riconosce come spazio privato ciò può significare che essa viene intesa un luogo in cui l'anziano è libero di esprimersi personalizzandola come più gli aggrada attraverso l'uso degli oggetti per lui aventi valore affettivo ma anche come luogo in cui incontrare i propri cari.

Da quanto emerge dalle risposte durante il periodo di emergenza l'ente ha promosso una adeguata qualità dell'ambiente e ha cercato di garantire una continua fruizione degli spazi nel rispetto delle norme di compartimentazione. Inoltre, emerge che il wandering si presenta ben gestito ciò può significare che hanno creato un percorso adatto che potesse essere usufruito in sicurezza dai residenti che presentano tale situazione.

L'*Umanizzazione* consiste in azioni che permettono di essere accolti nella propria globalità ciò significa applicare una personalizzazione degli interventi e promuovere la dimensione umana dell'assistenza. Dalle risposte date dal campione emerge la rilevanza che essi danno al momento dell'ingresso dell'anziano il quale viene visto come un evento importante dal punto di vista

emotivo sia per il residente che per i familiari, il riconoscimento del peso emotivo che porta tale momento sta a significare che essi sanno accogliere le emozioni del soggetto per fargli vivere l'ingresso con serenità. Come nel valore del *Rispetto* anche qui emerge l'importanza che il personale dà alla partecipazione del soggetto e dei suoi familiari attraverso la collaborazione alla stesura del PAI. Ciò può essere inteso come la capacità del personale di saper andare oltre la malattia e riconoscere l'anziano come soggetto attivo. Per quanto concerne il PAI è riconosciuto come mezzo che permette una effettiva personalizzazione dell'assistenza in quanto consente di conoscere l'anziano in tutta la sua globalità. L'uso di un tale tipo di assistenza permette non solo di conoscere il soggetto ma anche di andare oltre la malattia e la sua carenza cognitiva non considerandole come un aspetto caratterizzante della persona. Inoltre, l'uso di una assistenza personalizzata viene riconosciuta come in grado di creare una relazione di fiducia tra anziani e personale in quanto esso apprende l'importanza della sua attività e quindi diventa consapevole del peso delle sue azioni.

Durante il periodo di emergenza l'ente ha garantito una raccolta delle storie di vita le quali sono viste come mezzo per mettere la realizzazione di una assistenza personalizzata. Emerge che anche in tale momento si è cercato di attuare una personalizzazione dell'assistenza ciò mette in luce per cui l'importanza data al personale a tale elemento il quale permette all'anziano di sentirsi unico, inoltre, ciò porta ad affermare che anche in tali momenti la promozione del benessere dell'anziano non è venuta meno.

Il valore della *Socialità* viene così definito come la possibilità di trovarsi in un ambiente permeabile in cui esterno e interno si intrecciano mantenendo viva una comunicazione con la comunità. Dalle risposte emerge che la struttura si presenta aperta verso il territorio sia tramite i servizi che essa offre sia tramite i momenti di incontro. Creare un legame con il territorio vuol dire superare gli stereotipi che interessano la persona dipendente per far vedere che essa ha ancora qualcosa da dire e che può essere un soggetto attivo nella comunità. L'apertura verso l'esterno non viene solo garantita dai servizi che l'ente offre ma anche dalla presenza di volontari poiché diventano un mezzo per farsi conoscere ma anche per promuovere incontri intergenerazionali i quali si presentano come un valido

strumento per rallentare l'avanzamento della demenza e per l'anziano di raccontarsi. Per cui tale contaminazione non permette solamente di far conoscere la demenza e di far capire che l'anziano non è solo un soggetto bisognoso di cure ma fa decadere tutti gli stereotipi che riguardano le strutture per anziani le quali sono viste come luoghi di attesa e non di vita attiva.

Durante il periodo di emergenza la struttura ha mantenuto una adeguata apertura verso l'esterno attraverso l'uso delle nuove tecnologie le quali si sono dimostrate un valido mezzo per far conoscere le attività che svolge l'ente e per permettere una continuità di contatto con i cari significativi.

Il valore della *Salute* è inteso come la possibilità di godere di prestazioni personalizzate da parte di personale preparato senza cadere nell'accanimento terapeutico. Dalle risposte emerge che l'ente presta attenzione alle forme di istituzionalizzazione, ciò vuol dire promuovere una personalizzazione delle cure e accettare la volontà della persona di accedere o meno alle terapie. Il benessere dell'anziano viene promosso evitando le forme di accanimento terapeutico dalle risposte si evince che il personale cerca sempre un adeguato compromesso tra qualità delle cure e qualità della vita. Evitare l'accanimento terapeutico consiste anche nell'uso di trattamenti non farmacologici nel trattare soggetti che in momenti particolari possono esprimere attraverso i comportamenti uno stato di malessere. I rischi relativi alle forme di istituzionalizzazione sono stati considerati anche durante il periodo di emergenza ciò fa ancora comprendere l'importanza che il personale dà all'assistenza personalizzata. Sempre in riferimento a tale periodo si è mantenuto un adeguato compromesso tra qualità della cura e della vita, inoltre non è venuto meno il rispetto del consenso informato ciò vuol dire che si è cercato di promuovere la libertà di scelta della persona.

Il valore della *Libertà* consiste in azioni che permettano alla persona di muoversi liberamente entro rischi ragionevoli, esercitare libertà di scelta e partecipare alle decisioni dell'organizzazione che riguardano la vita quotidiana. La promozione della libertà per cui passa attraverso alla limitazione all'uso della contenzione sia fisica che farmacologica le quali possono limitare l'autonomia, il personale per cui cerca di usare il meno possibile tali strumenti apportando anche modifiche all'ambiente in modo tale che l'anziano possa vivere la sua libertà in sicurezza.

L'organizzazione promuove il rispetto della libertà anche in quei soggetti che per degenerazione della malattia non possono più esprimersi coinvolgendo i familiari e rendendoli coscienti delle volontà della persona. Per cui il personale si mostra consapevole e responsabile nel lasciare all'anziano autonomia di scelta anche in ciò che concerne la vita quotidiana. Dalle risposte risulta che anche durante l'emergenza Covid-19 si sono attuate misure volte alla promozione della libertà dell'anziano, ciò mette luce la consapevolezza del personale verso tale valore e la volontà di tutelarlo. Si evidenzia che anche durante tale periodo il valore della Libertà è stato rispettato garantendo un adeguato uso della contenzione fisica e farmacologica e nella partecipazione dell'anziano nell'elaborazione delle misure anti-Covid.

Il *Gusto* all'interno della Carta dei Valori viene definito come possibilità di poter godere di una alimentazione, completa, sana, gustosa, adeguata alle libertà di scelta e con le dovute restrizioni, legata alle tradizioni e promotore della socialità e della funzione cognitiva. Il personale riconosce il pasto come un momento di benessere per l'ospite in quanto si presenta in grado di stimolare sia le sue capacità sensoriali, relazionali e cognitive le quali se esercitate permettono al soggetto di mangiare in modo autonomo. Dalle risposte emerge che il servizio di ristorazione si presenta ben curato sia nella presentazione dei piatti che nella cura dell'ambiente stesso ciò sempre nell'ottica di promuovere il benessere psicofisico dell'anziano in modo che sia invogliato a mangiare. Inoltre, ritengono giusto che sia garantito un adeguamento del menù in modo tale che anche le persone con determinate patologie legate all'animazione, a esempio coloro che soffrono di disfagia, possano comunque vivere tale momento con serenità. Dalle risposte riguardanti il periodo emergenziale emerge che il momento del pasto è sempre stato considerato un momento di benessere per l'anziano per cui anche in presenza delle misure di compartimentazione hanno cercato di gestirlo in modo adeguato.

La *Vivibilità* cioè la possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, curato, in un'atmosfera stimolante sempre nel rispetto dei residenti. Dalle risposte emerge che complessivamente l'ambiente si presenta di qualità la quale viene creata dal personale stesso. All'interno della struttura si evidenzia la presenza un buon clima, una giusta divisione del lavoro e nel complesso gli operatori si sentono

soddisfatti del lavoro svolto. Ciò vuol dire che l'organizzazione pone attenzione al personale poiché viene visto come promotore della qualità e del benessere dei residenti. La Vivibilità viene favorita anche attraverso la formazione del personale la quale diventa un mezzo che permette di capire il mondo dell'anziano affetto da demenza. Tale comprensione viene esercitata di continuo poiché l'organizzazione fa in modo che gli apprendimenti siano usati durante l'arco della pratica lavorativa. Inoltre, l'organizzazione promuove il benessere ambientale attraverso azioni che consentano all'anziano di orientarsi facilmente al suo interno e di creare spazi in cui il soggetto possa esprimere se stessi. Per quanto concerne il periodo di emergenza Covid emerge che l'organizzazione ha promosso un clima di benessere, infatti dalla riposte si evidenzia che anche in tale momento l'atmosfera in struttura non si è modificata, supportando il personale con una adeguata formazione e sostenendolo nella gestione dello stress e del burnout. Emerge, inoltre, che si è permesso all'anziano di avere spazi in cui poter esprimersi liberamente e che si è comunque continuato a coinvolgere i cari significativi nel miglioramento della struttura.

4.2.2 Discussione

Ciò che emerge dall'interpretazione delle risposte è che il personale percepisce il Marchio Q&B come un mezzo utile per promuovere il benessere dell'anziano. Ciò è reso possibile dal fatto che l'organizzazione riconosce e ha interiorizzato nella sua cultura tali valori come promotori della qualità e del benessere. Per cui si può riaffermare quanto riportato nel secondo capitolo e cioè che l'intraprendere una strada che porta ad un miglioramento della qualità del servizio deve essere una scelta volontaria e consapevole poiché l'adesione al Marchio comporta il mettersi in gioco da parte dell'organizzazione a tutti i livelli. Il Marchio, inoltre, viene percepito come un mezzo che permette di abbattere quei stereotipi che riguardano la figura dell'anziano come bisognosa di cure e della struttura come luogo di attesa in due modi: promuovendo la formazione del personale e mettendo in pratica azioni che consentano un'apertura verso l'esterno. La contaminazione con il territorio permette alla comunità di conoscere la demenza, inoltre, dà valore alla storia di vita del soggetto e gli permette di riscoprire quel senso di

appartenenza che la vecchia può far venir meno, inoltre molti studi affermano che la possibilità per l'anziano di intessere relazioni sia dentro che fuori dalla struttura permetta di rallentare il decadimento psicofisico. Si sottolinea, inoltre, come tramite l'uso del Marchio anche l'ambiente subisca delle modifiche ad esempio rendendolo più accogliente e permettendo all'anziano di personalizzare come gli aggrada i suoi spazi privati. La possibilità di personalizzare tali spazi permette all'anziano di vivere la stanza privata come propria e di non perdere la propria identità. In più, attuare una personalizzazione degli ambienti permette di allontanare la struttura dall'immagine di ospedale per avvicinarla il più possibile a quella di casa. Ciò viene confermato dagli autori Fiordispina e Dezi i quali affermano l'importanza di attuare una personalizzazione degli spazi privati per permettere all'anziano di creare continuità con la sua identità.

Un continuum con la propria identità viene reso possibile anche attraverso la raccolta delle storie di vita le quali diventano un mezzo per conoscere l'anziano e per capire quali azioni si possono attuare per rendere piacevole la permanenza in struttura. Esse rappresentano, come si è detto, uno strumento che permette al soggetto di ripercorrere la propria vita e per ritrovare la propria identità. La raccolta delle storie di vita permette di comprendere quali sono gli oggetti per cui l'anziano di mostra un valore affettivo ma sono anche un mezzo con cui l'anziano si racconta. Ciò viene confermato dalle risposte del campione il quale riconosce l'importanza per l'anziano di portare con sé oggetti che per lui hanno un valore affettivo poiché essi rappresentano per l'appunto un mezzo utile per raccogliere le storie di vita e per dare continuità alla sua identità.

Il Marchio Q&B per cui aiuta le figure che operano all'interno dell'ente a mettere al centro l'anziano come persona ciò viene messo in evidenza nella fase di raccolta delle storie di vita e nel modo in cui personale si percepisce come mezzo che dà voce alle emozioni del soggetto. Tali elementi sono confermati da Delia Martinelli e da Maria Elena Christiansen le quali affermano un aumento di sensibilità e di possibilità di ascolto da parte di chi lavora all'interno delle strutture che applicano il Marchio. Osservando le risposte per cui si rileva come il Marchio Q&B promuova un senso di consapevolezza e responsabilità in chi lavora all'interno delle strutture che si esplicita nel riconoscere i segnali a livello

comportamentale con cui l'anziano indica un disagio, nel riconoscere le sue capacità residuali e a trovare un giusto equilibrio tra qualità della vita e qualità delle cure, ciò va a confermare quanto sostenuto da Mario Iesurum responsabile del Marchio il quale afferma per l'appunto un aumento di consapevolezza di tale responsabilità. L'assunzione di tale sentire viene resa possibile anche dalla partecipazione degli operatori alla fase di autovalutazione prevista dal Marchio la quale permette di mettere in luce gli effetti delle azioni le quali possono influenzare il benessere della persona.

In conclusione dalla interpretazione delle risposte emerge un impegno da parte della struttura a promuovere una maggiore qualità della vita e benessere dell'anziano attraverso un rispetto dei suoi tempi e nell'uso di un tipo di assistenza personalizzata. Per cui considerando anche gli standard su cui si basa Marchio Q&B si può ipotizzare che esso sia un mezzo utile che permette un miglioramento della vita e del benessere dell'anziano all'interno della struttura, a patto che l'organizzazione promuova una cultura che punti al miglioramento continuo e che sostenga il personale lungo la strada, tale miglioramento viene reso possibile dal coinvolgimento degli anziani e degli operatori nel processo di valutazione. Inoltre, si può ulteriormente ipotizzare che il progredire del servizio sia reso possibile dal fatto che il Marchio Q&B promuova una fitta collaborazione tra le varie strutture che vi aderiscono condividendo le informazioni utili e le buone prassi che hanno permesso alla struttura di migliorarsi. Tali risultati andrebbero ulteriormente approfonditi coinvolgendo all'intero della ricerca anche gli anziani che abitano la struttura in modo tale da poter confermare o meno i risultati raggiunti.

5.CONCLUSIONI

In conclusione, la ricerca proposta è risultata essere uno strumento utile per osservare come l'assistenza si sia trasformata passando dall'essere esclusivamente di competenza della Chiesa all'essere di interesse per lo Stato. Un esempio di tale attenzione statale verso le forme assistenziali si ha con l'approvazione della legge Crispi il cui scopo era porre sotto il controllo dello stato gli enti privati, principalmente di natura ecclesiastica, che si occupavano di elargire assistenza. Tale precetto verrà superato con l'approvazione della legge 328/2000 la quale si poneva come obiettivo la creazione di un sistema integrato di servizi sociali. Tramite la norma 328/2000 le istituzioni a livello territoriale sono chiamate a creare una rete solida di servizi sociali che possa raggiungere la maggior parte dei cittadini in stato di bisogno, inoltre, a esse viene attribuito il compito di controllare attraverso l'uso dell'autorizzazione e dell'accreditamento gli enti che richiedono di poter fornire prestazioni a nome del Servizio Sanitario Nazionale. La prima parte per cui è stata utile per comprendere come sono cambiati servizi assistenziali nel tempo e come al loro interno sia diventato sempre più importante utilizzare modelli di valutazione della qualità, anche per rispondere al maggior interessamento che la società ha sviluppato verso tali servizi. In tale ottica rientra il Marchio Q&B il quale si pone l'obiettivo di promuovere la qualità e il benessere all'interno delle strutture per anziani. Infatti, si è visto come tali enti ricorrano all'uso di mezzi di valutazione della qualità quali la certificazione per dare un valore aggiunto ai loro servizi. Anche il Marchio Q&B viene considerato un modello di valutazione della qualità che però si discosta dalla certificazione e dall'accreditamento in quanto non si basa solo sulla verifica burocratica ma punta a conoscere il contesto in cui è applicato attraverso l'uso di vari metodi i quali sono il Focus Group, l'Osservazione Ambientale e Osservazione Etnografica, ponendo l'anziano al centro come persona con i suoi bisogni ma anche con le sue abilità e riconoscendo il personale come promotore della qualità.

La possibilità di comprendere il contesto rende possibile per cui poter verificare se effettivamente all'interno della struttura è attuato un rispetto dei tempi dei residenti attraverso una personalizzazione della giornata e dell'assistenza le quali

vengono rese possibili tramite l'uso del PAI e dalla raccolta delle storie di vita strumento che permette di avere una conoscenza approfondita dell'anziano, ciò viene confermato dalle risposte del campione il quale riconosce l'importanza di attuare un tipo di assistenza personalizzata. Il Marchio, inoltre, promuove una piena partecipazione dei soggetti operati all'interno della struttura, ciò viene affermato dalle risposte da cui emerge la presenza di una piena partecipazione dell'anziano stesso e dei suoi familiari sia agli incontri d'equipe in cui si redige il piano assistenziale che all'interno della struttura stessa attraverso l'uso di progetti che permettono all'anziano di collaborare alla vita dell'ente. L'importanza di promuovere una piena partecipazione dei residenti viene sottolineata anche nella fase di autovalutazione e di Audit tramite l'uso dei Focus Group. Infatti, come si è detto precedentemente il servizio viene creato con la partecipazione del cliente stesso il quale attraverso le informazioni che rilascia permette a chi gestisce l'attività di comprendere cosa migliorare.

I risultati mettono in luce, inoltre, la consapevolezza da parte del personale dell'influenza che le loro azioni possono avere sulla vita degli anziani, ciò è evidenziato dal valore dell'Interiorità in cui gli operatori cercano sempre di trovare un adeguato equilibrio tra qualità della vita e qualità della cura in modo tale da non attuare un accanimento terapeutico, ma anche dalle risposte al valore della Libertà in cui emerge tale aspetto poiché l'ente cerca di attuare il meno possibile la contenzione fisica o farmacologica. Infatti uno degli obiettivi del Marchio è creare una piena consapevolezza dell'impatto che le decisioni prodotte dal personale hanno sull'anziano per raggiungere ciò esso si pone a guida nelle decisioni organizzative.

Tali aspetti emergono anche durante il periodo di emergenza Covid-19, infatti, come si osserva dalle risposte il Marchio Q&B ha continuato ad essere osservato con costanza dal personale che è stato in grado di attuare, nel rispetto delle misure di compartimentazione, la realizzazione delle azioni utili per la messa in pratica dei valori che lo compongono. Questo si evince dalla continuità della raccolta delle storie di vita, dall'uso dei moderni mezzi di comunicazione che hanno permesso di continuare ad avere un contatto con la comunità, in sostanza da tutte quelle azioni che hanno permesso che il benessere dell'anziano non venisse meno.

Tale aspetto permette di affermare che perché ci sia una promozione del Marchio Q&B all'interno di un ente che offre servizi per anziani la cultura stessa dell'organizzazione deve riconoscere l'importanza della promozione del benessere dell'anziano, e dalle risposte emerge come ci sia un profondo rispetto di tale aspetto.

Per quanto concerne i limiti dell'elaborato se ne possono individuare due. Il primo limite è relativo al tempo e allo strumento di ricerca in quanto non è stato possibile poter approfondire determinati aspetti utili per la comprensione di alcune dinamiche. Come studio futuro sarebbe interessante poter indagare approfonditamente alcuni indicatori che il ricercatore ritiene interessanti attraverso l'uso dell'intervista o dei focus group. Il secondo limite che si può evidenziare è l'impossibilità di poter raggiungere i residenti, poiché a causa dell'emergenza Covid-19 è stato impossibile avere contatto diretto con loro, ciò ha reso infattibile raccogliere informazioni sulla loro percezione del Marchio Q&B per confrontare i dati raccolti. Infatti, una proposta per gli studi futuri è coinvolgerli in quanto anche loro partecipano alla valutazione per poter confermare o meno quanto è emerso dalla ricerca.

Uno dei miglioramenti che si potrebbe apportare alla ricerca sarebbe quello di effettuare un'indagine a più ampio spettro; in cui si possa, utilizzando gli stessi indicatori, fare una analisi tra gli anni in cui la struttura non aderiva al Marchio e gli anni in cui ha iniziato ad utilizzarlo. L'osservazione degli anni precedenti permetterebbe di comprendere se c'è stato un miglioramento del benessere dell'anziano all'interno della struttura. Un'altra proposta di miglioramento consiste nel coinvolgere a livello regionale o territoriale un campione di strutture in cui una parte non siano certificate dal Marchio Q&B e una parte che risulti aderente da più di un anno, in modo tale da poter osservare se effettivamente esso permette di implementare la qualità e il benessere dell'anziano. Tali elementi potrebbero essere indagati tramite lo studio di caso poiché permette di comprendere in profondità le caratteristiche di uno specifico contesto, gli effetti delle azioni prodotte dagli attori e come i cambiamenti possano generare una trasformazione del contesto stesso.

Anche se la ricerca presenta dei limiti i risultati permettono di ipotizzare che il Marchio Q&B risulta essere un mezzo utile per la promozione di una migliore qualità della vita e del benessere dell'anziano. I risultati evidenziano come il personale sia il mezzo principale di promozione della qualità, il che si traduce nel saper mettere in discussione il lavoro svolto cosa che viene fatta attraverso l'autovalutazione la quale diviene un mezzo utile per valutare le azioni messe in campo nel modo più obiettivo possibile. Inoltre, i risultati che esso produce non sono limitati alla struttura ma sono condivisi con gli altri enti aderenti in modo tale da creare una rete cooperativa tra i vari soggetti in cui sia possibile apprendere da esperienze diverse. Ciò sottolinea la capacità del Marchio Q&B nel creare valutazioni che riguardano il contesto di studio esso può essere preso come spunto da altre strutture per intraprendere strade di miglioramento. In sostanza il Marchio Q&B si presenta come una guida per le strutture volta alla promozione di una piena integrazione tra il sociale e l'aspetto sanitario legame che si realizza attraverso una piena consapevolezza del personale e dell'organizzazione degli effetti che le azioni che decidono di intraprendere hanno sulla qualità della vita e sul benessere della persona.

BIBLIOGRAFIA

- AA VV, G, Viganò (cur.), 2017. *Dal casellario dell'assistenza al sistema informativo sociale nazionale*. Franco Angeli, Milano. pp non disponibile
- Albanese A. (2007) *Diritto all'assistenza. Nascita e gestione*. Giuffrè Editore, Milano, pp.201-202, p.214
- Andreoni B. (2000) *Assistenza domiciliare integrata*. Elsevier srl, Amsterdam. pp.18-20
- Andreini P. (2004) *Qualità e certificazione competitiva. La norma ISO 9001 (Vision 2000) e la guida ISO 9004: la nuova frontiera della qualità*. Hoepli Editore, Milano, pp. 1-41
- Bertin G.(2007). *Governance e valutazione della qualità*. Franco Angeli, Milano. pp. 37-76
- Bezzi C.(2007)*Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*. Franco Angeli, Milano. pp.14-77
- Bottari C.(2013)*Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*. G. Giappichelli Editore, Torino pp.47-53
- Brienza G.(2002) *Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali*. Città Nuova, Roma. pp.102-104
- Burgalassi Marco M. (2007) *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*. Franco Angeli, Milano. pp. 9-15
- Buracchio D.(2009) *Scenari e competenze per il manager sociale. Manuale di servizio sociale specialistico: Manuale di servizio sociale specialistico*. Franco Angeli, Milano. p.111
- Caltagirone C. (2017)*Etica dei servizi alla persona e delle relazioni d'aiuto: Orizzonti valoriali di riferimento*. Edizioni Studium S.r.l, Roma. pp n. p.

- Censi A. (2001) *La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani*. Franco Angeli, Milano. pp15-31
- Cipolla C. (2005) *Manuale di sociologia della salute. Volume 3*. Franco Angeli. Milano. pp. 292-300
- Corrà, D. (2004) *La disciplina delle nuove IPAB. La trasformazione da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ad aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)...* Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, p.18-37
- Crocetta, C.(2013)*Lineamenti di diritto privato del terzo settore*. sito web:https://www.libreriauniversitaria.it/?gclid=EA1aIQobChMIh_S238Xo6QIVERoYC_h0IUaQLEAAYASAAEgJ36fD_BwE&gclsrc=aw.ds 04/06/2020 pp.71-72
- D'Antonio A.C.(2005). *Il colloquio di valutazione delle prestazioni*. Franco Angeli, Milano. pp.13-16
- Dal Passo, F.(2015) *Storia dell'Assistenza. Nascita, evoluzione e futuro del Welfare State*. Edizioni Accademiche Italiane, sito web:<https://edizioni-ai.com/catalog/index> 03-06-2020
- De Ambrogio U.(2011). *Valutare gli interventi e le politiche sociali*. Carocci Editore, Roma (Originariamente stampato nel 2003)
- Degani, L., Mozzanica, R. (2009). *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni gli interventi*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, p. 20-21
- Di Girolamo G. (2020) *UNI EN ISO 9001:2015. Linea guida operativa*. Edizioni del Faro, Trento. P non pervenute
- Di Giacomo P., Montalti M. (2013) *L'operatore socio-sanitario*. Maggioli Editore. Santarcangelo di Romagna. pp. 24-27
- Di Virgigliò, M., Irvén,M. (2008) *Manuale OSS e ASA (Operatori socio sanitari e ausiliari socio-sanitari). Formazione in campo assistenziale, sociale e sanitario*. Franco Angeli, Milano. pp.35-37

- Di Simone M. (2002). *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'archivio centrale dello Stato*. Disponibile su: <https://popolazioneestoria.it/article/view/259>. pp.143-146
- Fiordispina D., Dezi F. *Villa Serena da RSA a Casa. Le condizioni per ricreare ambienti accoglienti e familiari*. In: <https://www.benfare.it/wp-content/uploads/2019/08/CAREeManagement-Villa-Serena-da-RSA-a-Casa-Le-condizioni-per-ricreare-ambienti-accoglienti-e-famigliari.pdf>. (consultato il 04/01/2021) p.35
- Frank T. (2015) *Confraternite e assistenza*. Disponibile su: <http://www.rmoa.unina.it/2325/>. pp. 129-225
- Frego Luppi S. A., Codini E., Fossati A. (2017) *Manuale di diritto dei servizi sociali*. G Giappichelli Editore, Torino. pp.351- 352
- Garena G., Gerbo A. M. (2010) *Qualità e accreditamento dei servizi sociali: elementi per la costruzione di un manuale di autovalutazione*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, p. 37 pp.133-134
- Gasperi E. , Gregianin A. *La casa dell'anziano, luogo di incontro generazionale*. Rivista internazionale Edaforum n.25 (2015), in https://gripi.fisppa.unipd.it/wp-content/uploads/2015/06/LLL25_2015_Monografico_Gasperi_Gregianin.pdf (consultato il 23/12/2020) pp.2-3
- Giordani M. , Negri E. , Iesurum M. (02/2016). *Il Marchio Qualità e Benessere: promuovere la qualità, diffondere le buone prassi*. Welfare Oggi 02/2016, in <https://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/02/Articolo-Marchio-Q-e-B.pdf>. (consultato il 24/12/2020) pp.80-81
- Gioconda M., Trebeschi F., Mirri A.P. (2011). *Le rette nei servizi per persone con disabilità e anziane: la compartecipazione al costo dei servizi residenziali, diurni e domiciliari*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna. pp.18-21

- Giovani Sociologi 2006. Disponibile su ScriptaWeb. pp.103.106
- Gori C. (2010) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto promosso dall'IRCCS*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna. pp.127-130.
- Guzzi D. (2007). *Le fondazioni. Nascita e gestione*. Edizioni FAG Srl, Assago. p.40
- Iurlaro F. (2015). *RSA. Metodi e prassi per raggiungere l'eccellenza*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna. pp. 69-76
- La Rosa M., Cozzi S., Minguzzi P. (2003) *Essere anziani nel territorio riminese: un quadro interpretativo, i servizi, la domanda, le prospettive di intervento*. Franco Angeli, Milano. p.97
- Lazarini G., Gamberini A., Palumbo S. (2011). *L'home care nel welfare sussidiario. Reciprocità e ben-essere nelle relazioni di cura*. Franco Angeli, Milano. pp.288-290
- Lombardo S. (2009) *Residenze per anziani: Guida alla progettazione*. Dario Flaccovio Editore, Palermo. pp.202-2010
- Lo Gerfo F. (n.d.) *La normativa sulla famiglia nella Regione Sicilia (Legge Regionale 31 luglio 2003, n. 10) Buono socio – sanitario, bonus bebè ed aiuti alle giovani coppie*. Disponibile su: Lulu.com. pp.15-18
- Maino F.(2000). *La regolamentazione dell'accesso al Ssn: autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali*. Disponibile su: air.unimi.it. Pagine non disponibili
- Mazzucchelli F. (2019). *Essere anziani oggi. Riflessioni su invecchiamento e morte*. Franco Angeli, Milano. p.50
- Martinelli D., Christiansen M.E. <<Vorrei che la mia vita qui...>> *Una storia di desideri e progetti.*, in <https://www.benfare.it/>. (consultato il 04/01/2021) p.34
- Minelli M., Orsi W., Ciarrocchi A.R., Lupi G. (2010) *Il valore della qualità nei servizi per anziani. Esperienze di valutazione e di miglioramento*. Franco Angeli, Milano. pp.24-27 pp.112-113.

- Montalbetti K., Lisimberti C. (2015). *Ricerca e professionalità educativa. Risorse e strumenti*. Pensa Multimedia, Lecce. p.87, p.104
- Network Non Autosufficienza, (2009). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna. pp.53-55
- Palumbo M.(2003). *Il processo di valutazione: decidere, programmare e valutare*. Franco Angeli, Milano. pp. 39-86
- Paniga M. (2012) *Welfare ambrosiano:storia, cultura e politiche dell'Eca di Milano, 1937-1978*. Franco Angeli, Milano. pp. 27-62
- Rosa di M., Verga M. (2002) *Storia dell'età moderna:1450-1815*. Mondadori Bruno, Milano. pp.53-57
- Sessa, V.M. (2007).*Gli enti privati di interesse generale*. Giuffrè Editore, Milano, pp.109-121
- Studio legale Rossotto, Colombatto & Partners.(25 febbraio 2012). *Diritto Sanitario*. Ipsoa, sito web:<https://www.ipsoa.it/> pp61-64
- Trincherò R.(2012). *I metodi della ricerca educativa*. Edizioni la terza, Roma. pp.33-36
- Ugolini P.(2005) *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna*. Franco Angeli , Milano, pp. 151-157
- Villa, F. (2000) *Dimensioni del servizio sociale:principi storici generali e fondamenti storico-sociologici*. Vita e Pensiero, Milano, p.108.
- Vigano G. (2017)*Dal Casellario dell'Assistenza al Sistema Informativo Sociale Nazionale: Riflessioni sui SISS regionali e proposta per un modello nazionale*. Franco Angeli, Milano.
- Vigorelli P. (2016)*L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani*

fragili e delle persone malate di Alzheimer: Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli, Milano. p.29

-Zaggia C.(2019) *La valutazione dei servizi educativi. Verso un modello integrato di qualità gestionale, sociale e ambientale.* Pensa Multimedia, Lecce.

SITOGRAFIA

<http://marchioqeb.it/> 31/08/2020

DOCUMENTI

Carta dei valori del Marchio Qualità e Benessere

Carta dei servizi. Centro Servizi per Anziani Pietro e Santa Scarmignan Merlara.

Disponibile su: <https://www.csascarmignan.it/it/35/carta-dei-servizi.php>

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL MARCHIO QUALITÀ' E BENESSERE DA PARTE DEGLI OPERATORI DEL CENTRO ANZIANI PIETRO E SANTA SCARMIGNAN

Il presente questionario ha l'obiettivo di indagare la percezione che il personale del Centro Servizi Anziani Pietro e Santa Scarmignan ha del Marchio Qualità e Benessere. Le risposte fornite saranno utilizzate per la realizzazione della tesi di laurea. La ricerca rispetta i necessari requisiti di privacy, si garantisce quindi che le risposte da Lei fornite saranno usate ai soli fini della ricerca per la tesi di laurea e non saranno divulgate a terzi.

A-Rispetto: rispetto delle esigenze del residente, rispetto della dignità e della riservatezza e attenzione istituzionale

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Secondo te gli orari della giornata tipo in struttura sono flessibili.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. E' importante che siano fatte personalizzazioni della vita quotidiana dei residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. Come avvengono tali personalizzazioni? Chi può deciderle?

4. Secondo te l'organizzazione promuove una gestione personalizzata.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. E' importante superare le difficoltà che si incontrano per consentire un'effettiva personalizzazione dell'assistenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. E' importante che sia incentivata una cultura del rispetto della dignità e della riservatezza dei residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. E' importante usare strumenti, progetti e strategie per garantire la dignità e la riservatezza del residente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. E' importante gestire in modo adeguato i momenti di maggior imbarazzo e le situazioni critiche.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Secondo te l'anziano ha difficoltà ad entrare in contatto con i vertici della struttura.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10.E' importante valorizzare le istanze o i suggerimenti da parte dell'anziano o di altri fruitori del servizio.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11.Secondo te durante il periodo di emergenza Covid19 si è cercato di mantenere una adeguata flessibilità oraria del quotidiano degli anziani.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

12.Secondo te sono state utili, pensando anche alle conseguenze, le istanze ricevute durante l'emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

B-Autorealizzazione:attenzione alla persona

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1.E' importante che i residenti possano continuare ad avere il proprio stile di vita e coltivare nuove passioni.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2.Secondo te le passioni e gli interessi dell'anziano sono valorizzati in modo adeguato.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3.Secondo te i servizi di cura alla persona (parrucchiere, estetista ecc.) sono apprezzati dai residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4.E' importante garantire un accesso ai servizi di cura alla persona a tutti i residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5.E' importante che l'anziano sia reso protagonista e che sia valorizzata la sua creatività.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. E' importante valorizzare le potenzialità inespresse del residente e le sue capacità residue.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7.Valorizzare tali competenze permette all'anziano di rafforzare la sua autostima.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8.Nel rispetto della normativa Covid19 è importante che all'anziano sia stata data la possibilità di continuare a coltivare i suoi interessi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Secondo te è importante che durante il periodo di emergenza l'anziano abbia continuato ad avere un ruolo attivo all'interno dell'ente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. Nel rispetto delle norme anti-Covid è importante aver garantito una continuità delle cure estetiche.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

C-Operosità: attenzione alla capacità residue, operosità quotidiana e animazione qualificata

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. E' importante saper percepire e valorizzare l'autonomia residua del residente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. E' importante poter usare prassi e strumenti utili per valorizzare l'autonomia residua.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. E' importante che siano presenti progetti o laboratori programmati che consentono di mantenere l'operosità quotidiana dell'anziano. (es. preparare e sparcchiare le tavole, laboratorio di pittura, laboratorio della lana ecc.)

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. Per te i progetti o programmi valorizzano le potenzialità dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. Secondo te l'animazione prevista nella giornata è adeguata all'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. Ritieni importante che l'anziano possa suggerire delle attività da svolgere.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. Nel rispetto delle norme anti Covid secondo te le attività di animazione e di movimento (sostitutiva della palestra) proposte erano adeguate.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. Secondo te le attività animazione anche nel periodo di emergenza erano adeguate all'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

D-Affettività: qualità delle relazioni, possibilità di avere animali affettivi e valorizzazione della storia di vita

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Una volta che l'anziano è entrato in struttura è importante che continui ad essere in contatto con i suoi cari significativi.

Totalmente d'accordo D'accordo Parzialmente d'accordo Totalmente in disaccordo

2.E' importante che dentro la struttura l'anziano possa creare relazioni con gli altri residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3.E' importante che la struttura abbia progetti o programmi che consentano all'anziano di portare con sé animali domestici.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. E' importante che la struttura possieda piani ambientali che permettono la presenza di animali.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5.E' importante che siano presenti progetti che permettano all'anziano di interagire con gli animali.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6.E' importante che l'anziano possa personalizzare i propri spazi(es stanza da letto) o portare con sé oggetti personali che per lui/lei hanno una valore affettivo.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. Ritieni importante valorizzare la storia di vita dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8.Durante il periodo di emergenza è stato importante che l'anziano potesse mantenere viva la relazione con i suoi cari.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9.La presenza di animali all'interno della struttura è stata di conforto durante il periodo di emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

E-Interiorità: spazio personale, sostegno psicologico e accompagnamento alla morte

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1.E' importante che l'anziano possa avere sia una assistenza religiosa che un sostegno psicologico per affrontare al meglio la sua situazione di dipendenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2.Ritieni adatti i luoghi di raccoglimento e di culto presenti in struttura.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. E' importante che in struttura siano presenti luoghi che favoriscano il rilassamento.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. E' importante che l'organizzazione dia indicazioni comuni e generali nel momento in cui il residente si avvicina al decesso.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. Secondo te le indicazioni sono adeguate e favoriscono la vicinanza dei familiari o cari significativi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. Secondo te in tali momenti con i familiari si instaura una relazione di fiducia.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. Le attenzioni usate garantiscono un adeguato accompagnamento alla morte.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. In tali momenti è importante ricevere un adeguato sostegno da parte dell'organizzazione.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Secondo te durante il periodo di emergenza Covid19 è stato d'aiuto poter contare sulla figura dello psicologo.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. In tale momento è stato importante avere un supporto religioso e psicologico.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11. E' importante che siano state garantite adeguate modalità di accompagnamento alla morte durante il periodo di emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

F-Comfort: accesso al verde, qualità dell'ambiente e flessibilità strutturale e organizzativa

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. E' importante che gli spazi verdi presenti in struttura siano facilmente fruibili dai residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. E' importante usare strategie che permettano la fruizione del verde anche a chi ha particolari patologie.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. Secondo te l'ambiente all'interno della struttura si presenta ben curato.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. Secondo te la struttura permette agli anziani di usare gli spazi comuni sia per uso personale che per incontrare i propri familiari.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. Trovi le stanze (es. le camere da letto) presenti in struttura ben curate.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. E' importante che l'organizzazione abbia un certo grado di flessibilità.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. Secondo te è importante, entro le possibilità dell'organizzazione, cercare di attuare le richieste del residente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. Quando vedo la stanza di un residente la riconosco come suo spazio privato dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Ritieni, nel rispetto delle norme Covid, sia stata garantita una adeguata flessibilità e qualità dell'ambiente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. E' importante che siano state garantite adeguate modalità di accesso durante il periodo di emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11. Secondo te il wandering è stato ben gestito.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

G-Umanizzazione: consapevolezza dell'individualizzazione dell'assistenza e dimensione umana del personale

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Secondo te è importante che in una fase delicata come l'inserimento l'anziano riceva un adeguato livello di supporto.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. Ritieni sia importante coinvolgere l'anziano e i suoi cari significativi nella stesura del PAI.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3.E' importante che l'assistenza sia individualizzata e personalizzata.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4.E' importante superare gli ostacoli per consentire una effettiva individualizzazione dell'assistenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5.Secondo te l'organizzazione sa adattarsi e rispondere in modo adeguato alle richieste dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6.E' importante avere dei strumenti di condivisione delle informazioni sulla persona per attuare un tipo di assistenza individuale.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7.Secondo te il PAI è un valido strumento per personalizzare l'assistenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8.E' importante l'uso di una assistenza individualizzata per favorire la relazione con l'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9.Ritieni che una individualizzazione dell'assistenza mette al centro l'unicità dell'anziano e valorizza la sua storia di vita.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10.Secondo te una assistenza personalizzata e individuale permette di creare relazioni soddisfacenti con gli anziani.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11.Ritieni sia importante porre attenzione alla relazione con i residenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

12.E' importante che nel periodo di emergenza si siano mantenute adeguate modalità di accoglienza e di raccolta delle storie di vita.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

13.E' importante che durante il periodo di emergenza sia garantita una continuità nella stesura del PAI.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

14.E' importante aver garantito gli incontri del PAI e delle Equipe durante l'emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

H-Socialità: legami con il territorio

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1.Secondo te la struttura è aperta al territorio.

Totalmente d'accordo D'accordo Disaccordo Totalmente in disaccordo

2.Secondo te i servizi che la struttura offre al territorio sono sufficienti per dire che essa è aperta al territorio.

Totalmente d'accordo D'accordo Disaccordo Totalmente in disaccordo

3.E' importante favorire la relazione tra residenti e territorio.

Totalmente d'accordo D'accordo Disaccordo Totalmente in disaccordo

4. E' importante che la struttura si faccia conoscere verso l'esterno attraverso l'uso della carta dei servizi o sito web.

Totalmente d'accordo D'accordo Disaccordo Totalmente in disaccordo

5.Secondo te la relazione con il territorio viene favorita dalla presenza di volontari.

Totalmente d'accordo D'accordo Disaccordo Totalmente in disaccordo

6. E' importante coinvolgere i familiari o i cari significativi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7.E' importante che durante l'emergenza Covid19 si è cercato, nel rispetto delle norme, di avere un contatto con l'esterno anche con l'uso delle nuove tecnologie.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8.Ritieni adeguate le misure emergenziali usate .

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

I-Salute: valutazione rischio, conciliazione qualità della cura e qualità della vita e completezza delle informazioni.

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Secondo te è importante limitare i rischi derivati dall'istituzionalizzazione.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. E' importante individuare le buone prassi e gestire gli eventi avversi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. E' importante ridurre e avere consapevolezza dell'impatto negativo che le terapie possono avere sulla qualità della vita dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. Facendo riferimento alla domanda 3 secondo te sono stati fatti dei miglioramenti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. E' giusto trovare un compromesso tra qualità delle cure e qualità della vita.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. E' importante mettere a disposizione dell'anziano le informazioni sanitarie e assistenziali.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. E' importante rispettare il consenso informato.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. E' importante che anche durante il periodo di emergenza si siano considerati i rischi dell'istituzionalizzazione. Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Secondo te durante il periodo di emergenza si è garantita una conciliazione tra qualità delle cure e qualità della vita.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. Ritieni adeguate le modalità di comunicazione delle informazioni sanitarie adottate durante il periodo di emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

L-Libertà: muoversi senza restrizioni, partecipazione e autonomia economica

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1.Per te è importante ridurre l'uso della contenzione fisica anche apportando modifiche all'ambiente.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2.Ritieni che l'uso della contenzione fisica sia adeguato.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3.E' importante che esistano degli ambiti della vita quotidiana in cui l'anziano può decidere di partecipare.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4.E' importante che all'anziano venga lasciata possibilità di scelta e che possa essere partecipe delle decisioni che lo riguardano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5.E' importante rispettare le scelte fatte anche dalle persone che per degenerazione della malattia non sono più in grado di esprimersi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6.Nella pratica lavorativa si realizza a pieno tale libertà.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7.E' importante essere consapevoli e responsabili per quanto riguarda tale libertà.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8.E' importante che ogni anziano abbia una gestione personalizzata del denaro.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9.Secondo te anche con la presenza delle misure anti Covid19 si è comunque garantita la libertà dell'anziano.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10.Durante l'emergenza si è cercato di usare in modo adeguato la contenzione fisica e farmacologica.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11.Ritieni importante che durante l'emergenza gli anziani siano stati coinvolti nelle scelte delle misure Covid da adottare.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

M-Gusto: varietà dell'alimentazione e adattamento alle varie patologie

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Secondo te viene garantita la ciclicità e la varietà del menu.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. Ritieni che dal punto di vista visivo e del gusto siano apprezzati i piatti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. Secondo te il servizio di distribuzione dei pasti e l'ambiente sono ben curati.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

4. E' importante comunicare e pubblicare ogni giorno il menù così che l'anziano ne sia a conoscenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. Secondo te la sala o le sale mensa presenti in struttura sono adeguate.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

7. E' importante che sia dedicato un menù apposito agli anziani con determinati problemi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. Ritieni che sia importante motivare l'anziano (se non ha determinate patologie) a mangiare da solo.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Ritieni adeguate le modalità di gestione del pasto durante il periodo di emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. Secondo te anche con la presenza delle misure anti Covi19 il pasto è continuato ad essere un momento conviviale. Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

N- Vivibilità: percezione del clima interno, valorizzazione delle competenze del personale e promozione della vivibilità

Indica il tuo grado di accordo e disaccordo per le seguenti affermazioni:

1. Secondo te all'interno della struttura è presente un buon clima.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

1. Ti ritieni soddisfatto della relazione che si crea tra colleghi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

2. Secondo te i carichi di lavoro sono distribuiti in modo equo.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

3. Di che umore vi sentite quando iniziate e finite il turno di lavoro?

4. Secondo te è importante che ci sia un percorso formativo e una valorizzazione delle competenze.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

5. È importante porre attenzioni ad eventuali ricadute formative.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

6. Secondo te è importante mettere in pratica quanto appreso durante la formazione.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

8. L'organizzazione stimola ad utilizzare gli apprendimenti durante la vostra pratica lavorativa.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

9. Secondo te la struttura è accogliente ed è facile orientarsi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

10. Ritieni che gli spazi e le attività siano ben differenziati.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

11. Secondo te è promosso il benessere organizzativo.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

12. Durante il periodo di emergenza è stato importante saper come gestire lo stress e il burn out.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

13. Ti sei sentito adeguatamente supportato durante l'emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

14. Ritieni che il clima in struttura sia cambiato durante l'emergenza.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

15. Secondo te la formazione è stata adeguata.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

16. Secondo te durante il periodo di emergenza si è cercato di mantenere un buon livello di qualità della vita.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

17. Secondo te nel rispetto delle normative anti Covid19 gli spazi presenti in struttura sono stati ben gestiti.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

18. E' importante durante il periodo di emergenza aver permesso il contatto con i cari significativi.

Totalmente d'accordo D'accordo In disaccordo Totalmente in disaccordo

Grazie della collaborazione!!!!

ALLEGATO 2

Fattore	Determinante	Indicatore	Tipo
1. Rispetto	1.1 - Rispetto delle esigenze del residente	1.1.1 Personalizzazione degli orari quotidiani	VD
		1.1.2 Percezione della effettiva personalizzazione degli orari	FgR
		1.1.3 Orientamento organizzativo alla personalizzazione degli orari	FgP
	1.2 - Rispetto della riservatezza e della dignità della persona	1.2.1 Attenzioni e strumenti per garantire la riservatezza	OA
		1.2.2 Presenza ed attuazione di indirizzi per la tutela della riservatezza e della dignità dei residenti	VD
		1.2.3 Attenzione da parte	FgP

		personale del rispetto della dignità e della riservatezza	
	1.3 - Attenzione istituzionale alla persona	1.3.1 Facilità di contatto tra residenti e vertici istituzionali dell'ente	OVD
		1.3.2 Percezione dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente	FgR
		1.3.3 Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura	OVD
2. Autorealizzazione	2.1 - Attenzione alla realizzazione della persona anche attraverso interessi e passioni personali	2.1.1 Presenza di attenzioni per garantire continuità negli stili di vita dei residenti	VD
		2.1.2 Percezione della possibilità di continuare a mantenere un proprio stile di vita e di coltivare interessi e passioni personali	FgR
		2.1.3 Valorizzazione delle passioni e degli interessi	OA
	2.2 - Cura estetica e bellezza della persona	2.2.1 Efficacia dei servizi di cura alla persona	OA
		2.2.2 Presenza, qualità e accessibilità dei servizi di cura alla persona	FgR
		2.2.3 Effettiva accessibilità e fruibilità delle cure	OVD

		estetiche per i residenti	
	2.3 - Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	2.3.1 Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	VD
		2.3.2 Percezione e riconoscimento da parte del personale delle potenzialità inespresse dei residenti	FgP
		2.3.3 Valorizzazione degli esiti dei processi di autostima ed empowerment	OA
3. Operosità	3.1 - Attenzione alle capacità residue (autonomia)	3.1.1 Azioni per la promozione dell'autonomia dei residenti	VD
		3.1.2 Presenza di accorgimenti, strumenti, prassi innovative per valorizzare l'autonomia residua	OA
		3.1.3 Percezione dell'effettiva autonomia residua da parte dei residenti	FgR
	3.2 - Mantenimento dell'operosità quotidiana	3.2.1 Finanziamento di progetti finalizzati al mantenimento dell'operosità quotidiana	VD
		3.2.2 Presenza di progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell'operosità quotidiana	VD

		3.2.3 Valorizzazione dell'esito delle attività per il mantenimento dell'operosità quotidiana	OA
	3.3 - Animazione qualificata e non infantile	3.3.1 Varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	VD
		3.3.2 Percezione della varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	FgR
		3.3.3 Svolgimento di attività di animazione suggerite dai residenti	VD
4. Affettività	4.1 - Qualità delle relazioni	4.1.1 Facilitazione delle relazioni e dei contatti con esterni significativi sul piano affettivo	VD
		4.1.2 Percezione della qualità delle relazioni tra residenti	FgR
		4.1.3 Facilitazione della relazione tra residenti	VD
	4.2 - Poter accudire animali o interagire con essi	4.2.1 Disciplina della presenza di animali domestici nella Struttura Residenziale	VD
		4.2.2 Accorgimenti ambientali per consentire la presenza di animali nella Struttura Residenziale	OA
		4.2.3 Presenza di progetti strutturati per l'interazione con gli	VD

		animali nella Struttura Residenziale	
	4.3 - Valorizzazione della propria storia personale e dei propri affetti	4.3.1 Riconoscimento e Valorizzazione delle storie di vita	OVD
		4.3.2 Personalizzazione effettiva degli spazi con oggetti aventi valore affettivo	OVD
		4.3.3 Percezione della possibilità di portare con sé oggetti personali e personalizzare i propri spazi	FgR
5. Interiorità	5.1 - Spazio personale di rielaborazione della propria vita	5.1.1 Presenza di un'assistenza religiosa strutturata	VD
		5.1.2 Percezione delle possibilità di riflessione e raccoglimento	FgR
		5.1.3 Presenza di luoghi di raccoglimento e di culto	OA
	5.2 - Sostegno psicologico per accettare la nuova situazione di dipendenza	5.2.1 Presenza di un servizio che si occupa del sostegno psicologico	VD
		5.2.2 Percezione della possibilità di sostegno psicologico	FgR
		5.2.3 Presenza di ambienti o accorgimenti per facilitare il rilassamento e il benessere psicologico individuale	OA

	5.3 - Accompagnamento alla morte ed assenza di ostinazione nella fase terminale della vita	5.3.1 Presenza di indicazioni specifiche per l'accompagnamento alla morte e di facilitazioni della vicinanza delle persone care al residente	VD
		5.3.2 Presenza di strumenti organizzativi e momenti strutturati per il sostegno del personale	VD
		5.3.3 Consapevolezza del personale di come gestire il particolare momento dell'accompagnamento alla morte	FgP
6. Comfort	6.1 - Disponibilità di verde	6.1.1 Presenza e fruibilità di verde attrezzato (e/o spazio attrezzato con verde in sostituzione)	OA
		6.1.2 Strategie per favorire la fruizione del verde a residenti con particolari patologie	OVD
		6.1.3 Percezione dell'effettiva possibilità di fruizione del verde	FgR
	6.2 - Qualità complessiva dell'ambiente residenziale	6.2.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione dell'ambiente	OA
		6.2.2 Percezione della qualità dell'ambiente fisico residenziale	FgR
		6.2.3 Possibilità di utilizzo degli spazi comuni per uso personale e familiare	VD

	6.3 - Qualità delle stanze e degli spazi privati	6.3.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione interna delle stanze	OA
		6.3.2 Consapevolezza della flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento come spazio privato	FgP
		6.3.3 Percezione del livello di flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento quale spazio privato	FgR
7. Umanizzazione	7.1 - Essere ascoltato, personalizzazione presa in carico	7.1.1 Livello di supporto nella fase di accoglienza ed inserimento del nuovo residente	VD
		7.1.2 Qualità complessiva dell'implementazione del PAI e del coinvolgimento del residente e dei suoi cari	VD
		7.1.3 Percezione della possibilità di partecipazione del residente o dei suoi cari alla gestione del P.A.I.	FgR
	7.2 - Qualità dell'assistenza	7.2.1 Capacità di risposta a richieste particolari del residente	VD
		7.2.2 Modalità di diffusione e condivisione	OVD

		delle informazioni relative alla presa in carico della persona		
		7.2.3 Consapevolezza dell'effettiva individualizzazione dell'assistenza	FgP	
	7.3 - Dimensione umana del personale	7.3.1 Percezione della soddisfazione dei residenti nella relazione con il personale	VD	
		7.3.2 Attenzioni del personale nella relazione con i residenti	OA	
		7.3.3 Percezione dei residenti della qualità della relazione con il personale	FgR	
	8. Socialità	8.1 - Radicamento e riferimento territoriale (ubicazione fisica in centro, no isolamento)	8.1.1 Grado di accessibilità della struttura: accessi, orari, collegamenti e servizi	OVD
			8.1.2 Percezione del grado di apertura della struttura da parte dei residenti	FgR
8.1.3 Presenza di altri servizi alla comunità			OVD	
8.2 - Relazione con il territorio in termini di contatto		8.2.1 Opportunità di incontro-relazione strutturata con la comunità e loro valorizzazione	OVD	
		8.2.2 Effettive possibilità di comunicazione	OVD	

		personalizzata con l'esterno		
		8.2.3 Percezione della possibilità di mantenere relazioni sociali con l'esterno	FgR	
	8.3 - Promozione dell'immagine verso l'esterno e coinvolgimento degli stakeholders significativi	8.3.1 Varietà e significatività degli strumenti informativi (carta dei servizi, sito web, depliants,..)	VD	
		8.3.2 Presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari	VD	
		8.3.3 Modalità di coinvolgimento dei familiari e dei cari significativi	VD	
	9. Salute	9.1 - Attenzioni alla valutazione del rischio	9.1.1 Modalità di monitoraggio dei rischi e delle complicanze derivanti dall'istituzionalizzazione	VD
			9.1.2 Buone prassi per la riduzione dei rischi	VD
9.1.3 Gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella			VD	
9.2 - Conciliazione tra cura e qualità della vita		9.2.1 Buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone	VD	

		9.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza terapeutica, diagnostica, assistenziale	VD
		9.2.3 Attenzione del personale (anche attraverso l'équipe) nella presa di decisioni che garantiscano la conciliazione tra cura e qualità della vita	FgP
	9.3 - Completezza della informazioni sanitarie assistenziali	9.3.1 Evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	VD
		9.3.2 Percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	FgR
		9.3.3 Modalità di gestione del consenso informato	VD
	10. Libertà	10.1 - Possibilità di muoversi senza restrizioni	10.1.1 Gestione delle contenzioni fisiche orientata al monitoraggio costante per la riduzione
10.1.2 Livello di contenzione fisica			VD
10.1.3 Presenza di buone prassi e di modificazioni ambientali/organizzative alternative alla contenzione fisica			OVD
10.2 - Possibilità di scelta e di partecipazione		10.2.1 Esistenza di ambiti della vita quotidiana in cui è effettivamente	VD

		possibile scegliere e partecipare	
		10.2.2 Percezione della effettiva possibilità di decidere e di partecipare alle decisioni organizzative che riguardano i residenti	FgR
		10.2.3 Cultura della tutela della libertà e dell'autonomia nell'approccio del personale al residente	FgP
	10.3 - Autonomia economica	10.3.1 Accoglimento delle richieste di gestione personalizzata del denaro	VD
		10.3.2 Modalità di supporto alla gestione del denaro da parte del residente	VD
		10.3.3 Presenza di strumenti di custodia personalizzata del denaro e dei valori	OA
11. Gusto	11.1 - Varietà e gusto del cibo	11.1.1 Ciclicità e varietà del menù giornaliero	VD
		11.1.2 Apprezzamento culinario per le pietanze del giorno	OA
	11.2 - Cura del servizio ristorativo e della presentazione	11.2.1 Cura del servizio di distribuzione del pasto e dell'ambiente	OA
		11.2.2 Modalità di comunicazione e	OVD

		pubblicizzazione del menù giornaliero	
	11.3 - Adattamento del servizio di ristorazione a residenti con particolari patologie	11.3.1 Modalità di personalizzazione del menù giornaliero per patologie	VD
		11.3.2 Presenza di accorgimenti organizzativi e ambientali per dare qualità al momento del pasto per i residenti meno autonomi	OA
12. Vivibilità	12.1 - Vivibilità complessiva all'interno della struttura residenziale	12.1.1 Percezione della vivibilità complessiva e del clima interno da parte degli auditor	OA
		12.1.2 Percezione del clima interno da parte degli operatori	FgP
		12.1.3 Percezione della vivibilità complessiva da parte dei residenti	FgR
	12.2 - Valorizzazione e sviluppo delle competenze del personale	12.2.1 Governo del processo formativo e valorizzazione delle competenze del personale	VD
		12.2.2 Governo, sostegno e diffusione delle ricadute delle azioni formative	OVD
		12.3.3 Consapevolezza dell'importanza della formazione e delle sue ricadute nell'organizzazione	FgP

	12.3 - Promozione della vivibilità complessiva della struttura	12.3.1 Valorizzazione dell'impatto all'ingresso in struttura e facilità di orientamento	OA
		12.3.2 Grado di differenziazione funzionale degli spazi e delle attività	OVD
		12.3.3 Promozione del benessere organizzativo	VD

ALLEGATO 3

Fattore	Determinante	Aspetti da indagare
1. Rispetto	1.1 - Rispetto delle esigenze del residente	Compartimentazione e monitoraggio dei casi sospetti ha impattato sulla flessibilità degli orari e come ha richiesto modifiche organizzative.
	1.2 - Rispetto della riservatezza e della dignità della persona	Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura nel periodo dell'emergenza e focalizzate sul COVID (e sue conseguenze)
	1.3 - Attenzione istituzionale alla persona	
2. Autorealizzazione	2.1 - Attenzione alla realizzazione della persona anche attraverso interessi e passioni personali	Attenzioni per garantire la continuità di interessi dei residenti nel periodo covid. Possibilità di continuare ad avere ruoli attivi all'interno dell'ente. Continuità delle cure estetiche e effettiva accessibilità (parrucchiera ed estetista)
	2.2 - Cura estetica e bellezza della persona	
	2.3 - Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	

3. Operosità	3.1 - Attenzione alle capacità residue (autonomia)	<p>Tipologia di attività che sono state messe in atto in conformità con la necessità di compartimentare. Attività di movimento (anche in eventuale sostituzione dell'utilizzo della palestra).</p> <p>Come è stato modificato il ruolo dell'animazione con l'emergenza</p>
	3.2 - Mantenimento dell'operosità quotidiana	
	3.3 - Animazione qualificata e non infantile	
4. Affettività	4.1 - Qualità delle relazioni	<p>Strumenti per la facilitazione delle relazioni tra residenti e con i propri cari.</p> <p>Ruolo degli animali nell'emergenza</p>
	4.2 - Poter accudire animali o interagire con essi	
	4.3 - Valorizzazione della propria storia personale e dei propri affetti	

5. Interiorità	5.1 - Spazio personale di rielaborazione della propria vita	Ruolo dello psicologo nell'emergenza e relativo supporto. Modalità di accompagnamento al fine vita Supporto religioso nel periodo di emergenza
	5.2 - Sostegno psicologico per accettare la nuova situazione di dipendenza	
	5.3 - Accompagnamento alla morte ed assenza di ostinazione nella fase terminale della vita	
6. Comfort	6.1 - Disponibilità di verde	Modalità di compartimentazione (OA). Entrata, percorsi, possibilità garantita nonostante il COVID Accesso agli spazi verdi nell'emergenza Gestione del wandering
	6.2 - Qualità complessiva dell'ambiente residenziale	
	6.3 - Qualità delle stanze e degli spazi privati	

<p>7. Umanizzazione</p>	<p>7.1 - Essere ascoltato, personalizzazione presa in carico</p>	<p>Modalità di accoglienza in struttura, continuità della raccolta della storia di vita e utilizzo per un miglior inserimento in RSA. Conitnuità della presa in carico del residente (nonostante il PAI).</p> <p>Regolarità del PAI e delle Equipe</p>
	<p>7.2 - Qualità dell'assistenza</p>	
	<p>7.3 - Dimensione umana del personale</p>	
<p>8. Socialità</p>	<p>8.1 - Radicamento e riferimento territoriale (ubicazione fisica in centro, no isolamento)</p>	<p>Modi per garantire il contatto con l'esterno.</p> <p>Differenti forme di comunicazione.</p> <p>Nuove tecnologie.</p> <p>Piano di comunicazione delle misure emergenziali.</p>
	<p>8.2 - Relazione con il territorio in termini di contatto</p>	
	<p>8.3 - Promozione dell'immagine verso l'esterno e coinvolgimento degli stakeholders</p>	

	significativi	
9. Salute	9.1 - Attenzioni alla valutazione del rischio	<p>Modalità di monitoraggio dei rischi e delle complicanze derivanti dall'istituzionalizzazione (rischio biologico)</p> <p>Continuità del monitoraggio dei principali indicatori di qualità clinica e di conciliazione.</p> <p>Modalità di comunicazione delle informazioni sanitarie.</p>
	9.2 - Conciliazione tra cura e qualità della vita	
	9.3 - Completezza della informazioni sanitarie assistenziali	
10. Libertà	10.1 - Possibilità di muoversi senza restrizioni	<p>Attenzioni a garantire la libertà, nonostante le restrizioni legate alla compartimentazione.</p> <p>Valutazione e pre e post covid del ricorso alla contenzione fisica e farmacologica.</p> <p>Coinvolgimento degli anziani nelle scelte delle misure COVID</p>
	10.2 - Possibilità di scelta e di partecipazione	
	10.3 - Autonomia economica	

11. Gusto	11.1 - Varietà e gusto del cibo	Gestione del momento del pasto. Attenzioni perché continui ad essere un momento conviviale
	11.2 - Cura del servizio ristorativo e della presentazione	
	11.3 - Adattamento del servizio di ristorazione a residenti con particolari patologie	
12. Vivibilità	12.1 - Vivibilità complessiva all'interno della struttura residenziale	<p>Stress e burn out degli operatori. Azioni per il supporto del benessere delle persone e dei residenti. Clima complessivo nella fase di emergenza.</p> <p>Formazione e sensibilizzazione del personale alla emergenza con indicazioni di mantenimento della qualità di vita.</p> <p>Efficacia ed attenzione all'utilizzo e sfruttamento degli spazi.</p> <p>Accesso alle informazioni per gli incontri ed il contatto con i cari</p>